Ferreira (J. J.) Dr Tchreiner

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

THESE

DO

Dr. Justo Jansen Ferreira

1887

Ao distincto collega e amigo Luiz Theodoro Schreiner offerece esta these

J. Justo.

Do parto e suas consequencias na espacie negra

THESE INAUGURAL

POR

Justo Jansen Ferreira

Doutor em Medicina pela Faculdade do Rio de Janeiro,
Ex-interno, por concurso, da Maternidade da mesma Faculdade (clinica obstetrica e gynecologica do Professor Erico Coelho)

Natural do Maranhão (Caxias)

Filho legitimo de José Jansen Ferreira e de D. Hermelinda da Costa Nunes Ferreira

RIO DE JANEIRO
Typographia, Lithographia e Encadernação a vapor
LAEMMERT & C.
71 - Rua dos Invalidos - 71

1887

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

DIRECTOR.—Conselheiro Dr. Barão de Saboia.
VICE-DIRECTOR.—Conselheiro Dr. Barão de S. Salvador de Campos
SECRETARIO.—Dr. Carlos Ferreira de Souza Fernandes

LENTES CATHEDRATICOS

Os Illms. Srs. Drs.

Lente	Cadeira
João Martins Teixeira	Physica Medica.
Augusto Ferreira dos Santos	Chimica mineral medica e mineralogia.
João Joaquim Pizarro	Botanica e zoologia medicas.
José Pereira Guimarães	Anatomia descriptiva.
Antonio Caetano de Almeida	Histologia theorica e pratica.
Domingos José Freire	Chimica organica e biologica.
João Baptista Kossuth Vinelli	Pathologia geral.
José Benicio de Abreu	Physiologia theorica e experimental.
Cypriano de Souza Freitas	Anatomia e physiologia pathologicas.
João Damasceno Peçanha da Silva	Pathologia medica.
Pedro Affonso de Carvalho Franco	Pathologia cirurgica.
Conselheiro Barão de S. Salvador de Campos	Materia medica e therapeutica especialmnte brazileira.
Luiz da Cunha Feijó Junior	Obstetricia.
Visconde de Motta Maia	Anatomia cirurgica, medicina operatoria e apparelhos.
Conselheiro Nuno Ferreira de Andrade	Hygiene e historia da medicina.
José Maria Teixeira	Pharmacologia e arte de formular.
Agostinho José de Souza Lima	Medicina legal e toxicologia.
Conselheiro Barão de Torres Homem; Domingos de Almeida Martins Costa	Clinica medica de adultos
Conselheiro Barão de Saboia; João da Costa Lima e Castro	Clinica cirurgica de adultos
Hilario Soares de Gouvêa	Clinica ophtalmologica.
Erico Marinho da Gama Coelho	Clinica obstetrica e gynecologica.
Candido Barata Ribeiro	Clinica medica e cirurgica de crianças.
João Pizarro Gabizo	Clinica de molestias cutaneas e syphiliticas.
João Carlos Teixeira Brandão	Clinica psychiatrica.

LENTE SUBSTITUTO SERVINDO de ADJUNTO

Lente	Cadeira
Oscar Adolpho de Bulhões Ribeiro	Anatomia descriptiva.

ADJUNTOS

Adjunto	Cadeira
	Physica medica.
	Chimica mineral medica e mineralogia.
Francisco Ribeiro de Mendonça	Botanica e zoologia medicas.
Genuino Marques Mancebo	Histologia theorica e pratica.
Arthur Fernandes Campos da Paz	Chimica organica e biologica.
João Paulo de Carvalho	Physiologia theorica e experimental.
Luiz Ribeiro de Souza Fontes	Anatomia e physiologia pathologicas.
	Anatomia cirurgica, medicina operatoria e apparelhos.
	Materia medica e therapeutica especialmente brazileira.
	Pharmacologia e arte de formular.
Henrique Ladislau de Souza Lopes	Medicina legal e toxicologia.
Benjamim Antonio da Rocha Faria	Hygiene e historia da medicina.
Francisco de Castro; Eduardo Augusto de Menezes; Bernardo Alves Pereira; Carlos Rodrigues de Vasconcellos	Clinica medica de adultos.
Ernesto de Freitas Crissiuma; Francisco de Paula Valladares; Pedro Severiano de Magalhães; Domingos de Góes e Vasconcellos	Clinica cirurgica de adultos
Augusto Brandão	Clinica obstetrica e gynecologica.
	Clinica medica e cirurgica de crianças.
Luiz da Costa Chaves Faria	Clinica de molestias cutaneas e syphiliticas.
Joaquim Xavier Pereira da Cunha	Clinica ophthalmologica.
Domingos Jacy Monteiro Junior	Clinica psychiatrica.

N.B.—A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas.

Typographia Universal, Laemmert & C. r. dos Invalidos, 71.

A' Saudosa Memoria

DE MEU PAI

A' memoria de meus parentes e amigos

A' MINHA EXTREMOSA MÃI

D. Hermelinda da Costa Nunes Ferreira

AOS MEUS IRMÃOS

Dr. José Jansen Ferreira Junior.
D. Maria H. Jansen Medeiros.
Hermenegildo Jansen Ferreira.
D. Hermelinda Jansen Pereira.
Torquato Jansen Ferreira.
Apollinario Jansen Ferreira.
Tito Jansen Ferreira.
Dr. Manoel Jansen Ferreira.

A meus cunhados e sobrinhos

A MEUS TIOS E PARENTES

Ao meu verdadeiro e sincero amigo
COMMENDADOR TRAJANO AUGUSTO VALENTE
E Á SUA EXMA. FAMILIA

AO MEU COMPANHEIRO DISTINCTO E SINCERO AMIGO

Dr. R. Nina Rodrigues

AO DEDICADO AMIGO

Dr. Luiz José Pereira e sua Exma. Consorte

AO TALENTOSO PROFESSOR E AMIGO

Dr. Erico Marinho da Gama Coelho

AOS DISTINCTOS AMIGOS

Dr. Antonio Augusto de Azevedo Sodré.
Dr. Adolpho F. de Luna Freire.

AOS BONS AMIGOS E COLLEGAS

Dr. Theodoro da Silva Bayma.
Dr. Francisco de Paula Fajardo Junior.
Dr. José Parga Nina.
Dr. Eurico Luiz Berford Quadros.
Dr. Alarico Alves Costa.
Dr. José Octavio de Freitas.
Dr. Manoel Theodoro de Macedo Soares.

A meu respeitavel amigo

Monsenhor Luiz Raymundo da Silva Britto.

Ao amigo Sr. Domingos José de Oliveira Santos

E Á SUA EXMA. FAMILIA.

AOS PARENTES E AMIGOS

Dr. Antonio Joaquim de Sá Ribeiro.
Dr. Luiz Ribeiro Guterres.
Dr. Alvaro Ribeiro de Sá.

AOS COLLEGAS DOUTORANDOS.

ÁS PESSOAS QUE ME ESTIMAM.

PREFACIO

Dividiremos a nossa dissertação—o parto e suas consequencias na especie negra—em tres capitulos; no primeiro estudaremos a bacia da raça caucasica, que a maioria dos auctores, considera bacia typo, e as differenças que em relação a ella, apresenta a bacia da raça negra e suas variedades; no segundo estudaremos o parto e o valor que em sua terminação natural tem a fórma e o desenvolvimento do producto da concepção; no terceiro finalmente estudaremos o puerperismo infectuoso, precedendo-o resumidas considerações sobre a pathologia comparada.

Escolhemos este assumpto na persuasão de poder reunir estudos interessantes, feitos entre nós, sobre a raça negra, e com esse fim recorremos as fontes que nos poderião fornecer dados anthropologicos, que muito nos devião auxiliar, porém, na expressão franca de um nosso distincto anthropologista—tudo sobre esse assumpto é uma pagina em branco—apezar do incentivo constante do seu desenvolvimento que se tem revelado por varias tentativas, as quaes infelizmente ainda não conseguirão medrar.

Agradecemos o poderoso auxilio que o illustrado professor Erico Coelho, nos dispensou, o que nos animou bastante na confecção deste trabalho, cujo assumpto nos prendeu a

attenção, por sua importancia e pela circumstancia de podermos observal-o constantemente durante o nosso internato na Maternidade da Faculdade de Medicina.

Cumpre-nos dizer que as mulheres sobre as quaes se baseão as nossas considerações, são productos não só da raça africána, mas tambem do cruzamento desta com a branca.

CAPITULO I

I—DESCRIPÇÃO DA BACIA ESTALÃO.—II DESCRIPÇÃO DA BACIA NA ESPECIE NEGRA

A bacia ossea se compõe de tres peças, uma pertence á columna vertebral, as duas outras aos membros inferiores.

A porção sacro-coccygiana da columna vertebral, fórma a parte média e posterior da bacia, e os iliacos como os primeiros segmentos dos membros inferiores, formão as partes lateraes.

A porção sacro-coccygiana é constituida, como o nome indica, por dous ossos o sacro e o coccyx, os quaes provêm da fusão de vertebras, pois em vista dos caracteres que apresentão são *verdadeiras* as cinco que pertencem ao sacro e *falsas* as quatro ou cinco do coccyx.

O osso iliaco formado de tres segmentos *ileon*, *ischeon* e *pubis*, por sua união na parte anterior com o seu par, fórma a symphyse pubiana, na porção posterior são separados pelo sacro.

O annel osseo constituido pela união dos ossos que acabamos de mencionar sustenta o tronco.

Assim descripta de um modo geral, a bacia é destinada a um papel importante na geração e digna da maior attenção do parteiro, tanto que sem o conhecimento de sua capacidade, não se ajuiza perfeitamente do que será o parto.

Seremos minuciosos na descripção desse canal, sua fórma, amplitude, mobilidade e disposição particular dos ossos.

A peça média da bacia apresenta uma fórma pyramidal, cuja base voltada para cima e para diante, se articula com a ultima vertebra lombar e o vertice voltado para baixo e para traz, articula-se com o coccyx, uma face anterior e concava e

outra posterior e convexa, duas bordas lateraes dirigidas obliquamente de fóra para dentro no sentido vertical e no sentido antero-posterior.

A face anterior ou profunda, concava para diante, que prolonga-se com a do coccyx, varia segundo os sexos e raças; a sua curvatura mede-se por meio da *flecha sacra*, representada por uma perpendicular, tirada do ponto de maior curvatura, sobre a *corda do sacro*, que é a perpendicular abaixada do meio do promontorio até o vertice desse osso.

O comprimento da corda está na razão inversa do comprimento da flecha, portanto da curvatura do sacro, a qual no acto da parturição tem grande influencia.

Na parte média da face anterior nota-se a presença das linhas transversaes proporcionaes ao numero de vertebras sacras, na parte lateral estão os buracos sacros-anteriores e mais para fóra estão as gotteiras correspondentes aos ramos do plexo-sacro.

A face posterior ou superficial, convexa apresenta em sua parte media a *crista sacra*, formada pelas apophyses espinhosas das quatro vertebras superiores, terminando em sua porção inferior em uma gotteira longitudinal, que é a continuação do canal sacro, e cujas bordas se estendem até á porção final deste osso, formando os cornos do sacro, que muitas vezes continuão, como diz Sappey, com os cornos do coccyx.

A' direita e á esquerda da *crista sacra*, nota-se a existencia de uma gotteira, que é a continuação da vertebral e para fóra estão os buracos sacros posteriores; na borda interna destes orificios, existe uma saliencia, constituida pela união das apophyses articulares das vertebras, e na borda externa estão as apophyses transversas.

As partes lateraes do sacro se compoem de uma superficie triangular de vertice inferior, dividida em duas porções: a posterior dá inserção a ligamentos, a anterior é a faceta auricular, que se articula com o osso coxal.

Abaixo dessa superficie encontra-se as bordas do sacro, que vão se approximando cada vez mais, até á extremidade inferior.

E' de grande importancia o conhecimento das dimensões do sacro, que por sua altura, largura e curvatura, modifica a bacia não só quanto á sua capacidade, mas tambem quanto a sua inclinação.

As dimensões que achamos necessario aqui reproduzir, são as que servirão de base a Baccarisse, na confecção de seu importante trabalho, para demonstrar as differenças do sacro segundo as raças; dando assim grande impulso ás idéas emittidas por Vrolick, em 1826, e demonstrando que Joulin exagerava, pretendendo uniformisar a conformação da bacia nas raças humanas.

As distancias a que nos referimos são estas: Largura do sacro em sua parte postero-superior, do vertice da apophyse transversa de um lado ao do lado opposto (primeira vertebra sacra); largura do sacro na base; largura da porção do sacro que entra na formação do estreito superior; largura do sacro na parte inferior de sua superficie articular; altura do sacro, tomada na parte media deste osso, seguindo uma linha que, partindo do angulo sacro-vertebral, vá terminar no vertice do mesmo osso. Se quizermos calcular a altura da porção sacro-coccygiana, basta prolongar essa mesma linha até o vertice do coccyx, e a sua curvatura se obtem medindo a flecha correspondente.

Os ossos coxaes se articulão entre si directamente por diante, e posteriormente com o sacro, formando um canal osseo.

O osso coxal apresenta um aspecto extremamente irregular, de fórma quadrilatera, apresenta uma parte superior achatada de fóra para dentro, outra inferior achatada de diante para traz. A porção intermediaria é estreita, espessa e contém em sua face externa a cavidade cotyloide.

Estudemos suas duas faces, a interna e a externa e quatro bordas — superior, inferior, anterior e posterior.

A face interna apresenta em sua parte media uma linha saliente, que a divide em duas porções a superior voltada para cima e para diante, a outra inferior voltada para traz e para dentro.

Os dous terços anteriores da porção superior formão a fossa iliaca interna, o posterior comprehende uma superficie desigual, dividida em duas partes ; a inferior é a faceta articular do osso sacro, a superior é a tuberosidade iliaca que dá inserção a ligamentos, que mantêm a união do coxal com o sacro.

A linha divisoria, linha innominada, faz parte do estreito superior. A porção da face interna, que fica abaixo desta linha, apresenta uma larga superficie quadrilatera, correspondente á cavidade cotyloide, depois o buraco sub-pubiano acima do qual está a parte posterior do corpo do pubis e circumdando a sua porção inferior, encontra-se para diante a porção posterior do ramo ischio-pubiano, e para traz a do ischion.

A face externa divide-se em tres partes, a superior fórma a fossa iliaca externa, que é concava em sua porção posterior e convexa na anterior, a media é formada pela cavidade cotyloide, que se articula com o femur, a inferior comprehende a face externa do orificio sub-pubiano, cuja fórma é quasi triangular, sendo limitado em sua parte superior, pela face externa do ramo horizontal do pubis, para dentro e para baixo pelo ramo ascendente do ischion, e em sua parte inferior pela tuberosidade ischiatica.

A borda superior em que alguns auctores comprehendem a superficie auricular e a tuberosidade iliaca, as quaes descrevemos na parte interna do osso, é mais longa de todas, tem a disposição de um *S* de modo que sua porção posterior é concava

para fóra e sua metade anterior é para dentro, e estende-se da espinha iliaca anterior á posterior. Sua espessura varia : é pouco espessa até o tuberculo do medio-gluteo, em que adquire um grande espessamento, que vai diminuindo até o nivel da fossa iliaca, onde attinge sua menor espessura, que augmenta de novo até á tuberosidade iliaca. Nesta borda podemos considerar dous labios e um intersticio, os quaes dão inserção a diversos musculos.

A borda anterior estende-se da espinha iliaca antero-superior, até a symphyse pubiana, é obliqua de alto a baixo e de fóra para dentro em sua parte externa, na sua metade interna é horizontal, no conjuncto é concava; apresenta tres saliencias, a espinha iliaca antero inferior, depois a eminencia ileo-pectinea e finalmente a espinha do pubis.

A borda inferior se compõe de duas extremidades espessas e uma parte media mais delgada ; a extremidade superior é formada pelo corpo do pubis, se dirige de alto a baixo, de diante para traz e por meio de uma faceta ovalar se articula com outra correspondente do iliaco opposto, formando a symphyse pubiana, a inferior mais longa se dirige para baixo, para fóra e para traz e termina na grossa tuberosidade do ischion. Esta borda une-se em angulo recto com a borda anterior, constituindo o angulo do pubis. A porção que se estende da extremidade inferior da symphyse até a tuberosidade, fórma com a parte correspondento do lado opposto a arcada pubiana.

A borda posterior, irregular, apresenta de traz para diante a espinha iliaca postero-superior separada da inferior por meio de uma pequena chanfradura, entre a espinha postero-inferior e a espinha sciatica vê-se a grande chanfradura sciatica, entre a espinha sciatica e a tuberosidade respectiva acha-se a pequena chanfradura do mesmo nome.

Vê-se, pois, pela descripção, que acabamos de fazer do osso coxal, que a sua espessura varia segundo a porção que se considera, assim as fossas iliacas são mui adelgaçadas, especialmente sua parte central, quasi transparente, assim como a porção antero-inferior da cavidade cotyloide.

Mais tarde havemos de tornar saliente essa differença de espessura do osso iliaco, que constitue um distinctivo entre as raças e os sexos. A maior ou menor espessura dos ossos da bacia, influe sobre as dimensões.

Os ossos da bacia se reunem por meio das seguintes articulações :--symphyse do pubis, sacro iliaca, sacro coccygiana, e sacro vertebral.

A symphyse do pubis é uma amphyarthrose, que se compõe de duas superficies articulares, de uma fibro-cartilagem inter-ossea e de quatro ligamentos periphericos ; as superficies ovalares e parallelas ao plano médio, as quaes descrevemos com a borda anterior do osso iliaco, são as faces de união destes dous ossos. O grande eixo desta articulação se dirige obliquamente de alto a baixo e de diante para traz.

Entre as superficies articulares, encontra-se a fibro-cartilagem inter-ossea, que ahi tem uma disposição semelhante á fibro-cartilagem inter-vertebral, e compõe-se de uma parte peripherica resistente e outra central molle. A espessura média deste ligamento é de 3 millimetros, e, entre as mulheres, a porção molle do ligamento inter-osseo é maior, abrangendo quasi todo o respectivo disco durante a prenhez, tornando assim a articulação mais frouxa e mais movel.

O ligamento anterior denso e muito espesso, de meio centimetro de espessura, é formado pelo entrecruzamento da porção fibrosa dos tendões, que se inserem no corpo do pubis ; o posterior é um prolongamento do periosteo da face posterior do pubis, concorre para fixar esta articulação ; o superior é tambem uma dependencia do periosteo, e, como os outros,

adhere perfeitamente ao ligamento inter-osseo; o inferior, que é o mais importante e representa um grande papel por occasião do desprendimento da cabeça, tem uma fórma de meia lua, cuja concavidade é voltada para baixo e para traz e a porção convexa adhere por sua porção média ao ligamento inter-osseo e por sua porção lateral aos ramos do pubis.

A borda concava do ligamento, fórma a arcada pubiana. A linha que parte do ligamento superior e termina ao nivel da borda concava de que acabamos de referir-nos, representa o maior diametro da symphyse pubiana, que na mulher varia entre 4 a 5 centimetros.

A symphyse sacro iliaca, é formada por duas superficies articulares que são as facetas auriculares, de que tratámos ao descrever o sacro e o iliaco. Estas duas superficies são cobertas de uma cartilagem, cuja espessura differe, sendo mais consideravel no sacro, e delgada no iliaco. O sacro une-se a cada iliaco por meio de 5 ligamentos; dous anteriores que se dividem em superior e inferior, dous posteriores e um inter-osseo. Devemos ainda accrescentar o ligamento ileo-lombar, que consolidando esta articulação, torna-se sua dependencia.

O ligamento antero-superior é formado pelo periosteo das partes lateraes da base do sacro, e depois de passar sobre a linha articular, perde-se na fossa iliaca. O antero-inferior offerece grande analogia com o superior, formado pelo periosteo da parte externa dos primeiro e segundo buracos sacro-anteriores, passando tambem sobre a linha articular, continua com o do osso iliaco.

O ligamento postero-superior é formado por fibras que partem do porção posterior da crista iliaca, da superficie rugosa sub-jacente, e vão terminar nos dous tuberculos situados para fóra dos primeiro e segundo buracos sacro-posteriores e no intervallo que os separa.

O ligamento postero-inferior se divide em duas camadas, a superficial se insere em cima, na espinha iliaca postero-superior, em baixo no tuberculo situado para fóra do terceiro buraco sacro-posterior, a profunda se insere nas espinhas iliacas posteriores, no espaço que as separa, e inferiormente, no sacro, na superficie comprehendida entre os tuberculos situados para fóra do 2º e do 3º buraco sacro-posterior.

O ligamento inter-osseo, muito forte, se insere por feixes numerosos em toda a extensão das tuberosidades iliacas e no sacro, enchendo a cavidade triangular comprehendida entre as tuberosidades.

O ligamento ileo-lombar se estende da apophyse transversa da ultima vertebra lombar e se dirige transversalmente á parte correspondente da crista. iliaca; forte, resistente não só une a columna vertebral e o sacro, ao osso iliaco, mas tambem entra na formação da parede posterior da grande bacia.

A base do sacro se une á ultima vertebra lombar por sua face media e por suas duas facetas articulares, que se achão na entrada do canal sacro.

A articulação da parte media com a ultima vertebra lombar é identica ás outras articulações da columna, e se faz pelo ligamento vertebral commum anterior, pelo posterior e por um disco inter-osseo, cujo semi-circulo anterior é quasi o duplo do posterior; as facetas que são duas arthrodias apresentão a maior analogia com as articulações das vertebras lombares.

A articulação do vertice do sacro, com o coccyx, se faz por meio de uma fibro-cartilagem inter-ossea, e pelos ligamentos sacro-coccygianos anterior, posterior e lateraes.

Os ligamentos sacro-sciaticos que devem ser considerados como meio de articulação á distancia, completão as paredes da bacia. O grande ligamento sacro-sciatico nasce por uma

longa base da extremidade posterior da linha semi-circular-superior do osso iliaco, da borda externa da camada superficial do ligamento sacro-iliaco posterior e inferior, das partes lateraes do sacro e do coccyx, e se dirige para diante, para baixo e para fóra, tornando-se cada vez mais estreito e espesso se terminando depois por uma face larga, na porção inferior do ischion e no labio externo de seu ramo ascendente; o pequeno ligamento sacro-sciatico, situado adiante do precedente, se insere na parte lateral do sacro, nas bordas do coccyx, conservando a mesma direcção que o grande ligamento vai terminar-se na espinha ischiatica.

O ligamento obturador, membrana que fecha o buraco sub-pubiano, exceptuando sómente a porção correspondente á gotteira sub-pubiana, completa a parede anterior da bacia.

A peça sacro-coccygiana se articulando com os iliacos, forma um canal osseo, ligeiramente achatado de diante para tráz, largo em sua parte superior, se estreitando em sua porção inferior: a superior é inclinada para diante, a inferior para tráz. A superficie externa da bacia nada mais nos apresenta de importante á vista da descripção que fizemos, a interna, porém, nos vai merecer grande attenção por causa de seu importante papel no trabalho de parto.

Um estrangulamento da parte media da bacia, constituido pela linha innominada nas partes lateraes, posteriormente pela base do sacro, anteriormente pela crista pectinea, fórma o estreito superior da bacia, o qual divide-a em porção superior ou grande bacia e inferior ou pequena bacia.

A grande bacia largamente chanfrada em sua porção anterior, lateralmente é formada pelas fossas iliacas internas e posteriormente pela columna vertebral, que se unindo ao sacro, constitue o angulo sacro-vertebral, que na attitude normal se eleva 8 a 10 centimetros, acima da symphyse pubiana. A altura da grande bacia é de 6 a 7 centimetros.

DIMENSÕES

De uma espinha iliaca antero-inferior á outra........ 0^{m},21
» » » » » superior á outra........ 0^{m},24
» » crista iliaca á outra...................... 0^{m},27
Do meio da crista iliaca ao meio da linha innominada. 0^{m},095

A pequena bacia é limitada em sua parte superior pelo estreito abdominal, em sua parte inferior pelo estreito perineal a porção comprehendida entre estes dous planos circulares, é o que se denomina excavação pelviana. E' obliquamente dirigida de cima para baixo e de diante para tráz, e apresenta quatro faces — anterior, posterior e duas lateraes; a face anterior forma em sua parte media a symphise pubiana, inclinada para baixo e para tráz, mais para fóra encontra-se a face interna da membrana obturadora e o annel osseo que a circumscreve, a face posterior comprehende a porção sacro-coccygiana, as lateraes seguindo de diante para tráz apresentão uma superficie quadrangular correspondente á cavidade cotyloide, depois a grande e pequena chanfraduras sciaticas, transformadas em parede da pequena bacia, como vimos, pelos ligamentos sacro-sciaticos. As suas dimensões são: parede anterior 4 a 5 centimetros, parede lateral 9 $^{1}/_{2}$ centimetros, parede posterior 11 centimetros. Os diametros da excavação têm todos 12 centimetros.

O estreito superior, estreito abdominal, limitado em sua porção posterior pelo angulo sacro-vertebral e a borda anterior das azas do sacro, em sua porção lateral pela linha innominada, adiante pela borda superior do pubis e a symphyse pubiana, apresenta um contorno, que varia segundo a corda que consideramos; posteriormente é saliente por causa do angulo sacro-vertebral, nos lados é curvo, porém á medida que nos approximamos da porção anterior, essa curvatura vai diminuindo regularmente, até que ao nivel do pubis

encontramos uma linha transversal ligeiramente curva. A sua fórma tem sido comparada a um circulo, a uma oval, a uma ellipse, a um coração de carta de jogar, emfim a um triangulo curvilineo, cujos angulos são arredondados. Mais tarde havemos de discutir o que ha de importante sobre a fórma do estreito superior como caracter ethnologico. As suas dimensões são: diametro antero-posterior, *conjugata vera*, que se entende do meio da face interna da symphyse pubiana, ao meio do angulo sacro-vertebral—mede 11 centimetros a 11 $^1/_2$ centimetros, diametro transverso ou grande diametro, se estende do meio da linha innominada de um lado, á mesma altura do lado opposto mede 13 a 13 $^1/_2$ centimetros; o diametro obliquo que se dirige diagonalmente da symphyse sacro-iliaca, a eminencia ileo-pectinea do lado opposto—mede 12 centimetros.

O eixo do estreito superior é representado idealmente por uma perpendicular, abaixada sobre o centro do respectivo plano, correspondente por sua extremidade superior á cicatriz umbilical e inferiormente á segunda peça do coccyx. O plano do estreito superior é dirigido obliquamente de cima para baixo e de tráz para diante, o angulo que mede a sua inclinação, em relação com um plano horizontal, que partindo da symphise pubiana vá terminar-se no sacro, é variavel segundo os auctores, é de 59° ou 60°.

O estreito inferior é limitado posteriormente pelo coccyx e pelos ligamentos sacro-sciaticos, lateralmente pelas tuberosidades sciaticas e na frente pelos ramos ischio-pubianos.

A figura do estreito inferior póde ser comparada a uma oval, cuja pequena extremidade é voltada para diante e a maior para tráz; essa comparação ainda torna-se mais exacta por occasião do trabalho de parto, em que a cabeça do feto desfaz a pequena saliencia do coccyx.

Segundo ensina o Professor Erico Coelho, a configuração

deste estreito é a de dous planos convergentes segundo a linha bis-ischiatica, o anterior de fórma triangular é inclinado de diante para trás e de cima para baixo, triangulo que limita o intra-dorso ischio-pubiano, o posterior é representado por um semi-circulo, inclina-se de cima para baixo, e de tráz para diante. As suas dimensões são: diametro antero-posterior, da ponta do coccyx ao vertice do intra-dorso pubiano, mede 13 centimetros pela retropulsão do coccyx, o diametro transverso, que une as duas tuberosidades sciaticas, mede 11 centimetros, o diametro obliquo que vai do meio da borda inferior do grande ligamento sciatico ao meio do ramo ischio-pubiano do lado opposto mede 11 centimetros.

A bacia é inclinada de cima para baixo e de tráz para diante, inclinação tanto mais consideravel quanto maior é a curvatura lombar, que exagerando-se durante a prenhez para manter o equilibrio da mulher, augmenta mais a inclinação da bacia. O eixo da bacia é inteiramente inverso ao da cavidade thoraxica, isto é, este é dirigido de cima á baixo e de tráz para diante, aquelle de cima á baixo e de diante para tráz.

A differença da bacia segundo os sexos é um facto demonstrado e fundado em caracteres positivos. Assim pois, feita a descripção da bacia estalão, achamos de necessidade traçar aqui os pontos em que a bacia da mulher affasta-se da bacia do homem.

As modificações que se passão para o lado da bacia, em virtude do complemento da sexualidade, são importantes e sufficientes para que se possa ao primeiro aspecto, reconhecer se trata-se de uma bacia de homem ou de mulher. As differenças são relativas á espessura dos ossos, suas dimensões, a inclinação da bacia, sua configuração e proporções, porém, a capacidade e fórma são as mais salientes.

No sexo masculino a bacia offerece maior resistencia, as fossas iliacas são mais espessas, assim como as outras partes

osseas, as saliencias são maiores e denotão a inserção de musculos mais fortes, ao passo que no sexo feminino as fossas iliacas são delgadas e em alguns pontos quasi transparentes e mais largas, a inclinação para fóra é maior, a sua elevação e concavidade são menores.

A maior parte dos auctores admitte que o diametro que separa as duas cristas iliacas seja maior do que no sexo masculino, opinião contraria a Verneau, o qual sustenta serem inferiores quasi todas as dimensões da bacia da mulher, ás da bacia do homem, e corrobora essa opinião com a mensuração de 98 bacias, das quaes 63 são de homem, e 35 de mulher, admittindo apenas como igual a do homem, a distancia que separa a espinha iliaca antero-superior, da articulação sacro iliaca. A distancia que separa as espinhas iliacas antero-superior e postero-superior, é menos consideravel no sexo feminino, o que se explica pelo pouco desenvolvimento da porção iliaca, situada para traz do estreito superior.

As dimensões do sacro na porção correspondente á grande bacia são todas menores na mulher.

E' na excavação pelviana que vamos encontrar as modificações mais importantos, e á medida que formos considerando a bacia de cima para baixo, notaremos que as differenças sexuaes vão se tornando mais consideraveis. No estreito superior o diametro transverso da bacia da mulher é maior do que o da bacia do homem, tambem as dimensões antero-posteriores são mais consideraveis na mulher, se nos referirmos sómente á excavação propriamente dita, isto é, salvando a espessura dos ossos, a qual é maior no sexo masculino.

O predominio do diametro transverso do estreito superior modifica a fórma dessa área, que sendo ovoide no homem torna-se elliptica na mulher. E' ao nivel do estreito superior que o diametro transverso do sacro é maior na mulher, notavel por ser a unica dimensão deste osso, maior do que no homem.

A parede posterior da excavação é menor na mulher em correspondencia com as dimensões verticaes da bacia, as quaes são menores neste sexo, cuja bacia ganha em largura o que perde em altura.

A face interna do sacro é menos excavada nas mulheres, o que está em opposição com a opinião de numerosos auctores.

A direcção das paredes lateraes da bacia, que são mais obliquas para fóra do que no homem, determina um affastamento maior da cabeça do femur, uma inclinação maior desse osso, modificando assim a marcha da mulher.

Na parede anterior está a arcada pubiana, cujo angulo varia segundo os sexos, no homem é mais agudo, é de 60°, na mulher é de 74°, e ás vezes maior.

A grande chanfradura sacro-sciatica é mais aberta e menos profunda no sexo feminino, assim como a distancia que separa a espinha sciatica do vertice do sacro excede a 12 millimetros, o que está em relação com as dimensões menores do sacro e a projecção para fóra dos ossos illiacos.

O diametro sacro-pubiano é na media maior na mulher, assim como o coccyx-pubiano, que em virtude dos movimentos da articulação sacro-coccygiana é susceptivel de augmento durante o parto.

Os diametros transversos e obliquos são proporcionaes aos outros diametros.

II

Não temos em vista acceitar a bacia como um meio absoluto de distincção nas raças humanas, apezar de que alguns anthropologistas querem admittir uma certa conformidade entre a cabeça e a bacia.

A cabeça do feto em virtude das fontanellas, da mobilidade das suturas, dos ossos e adelgaçamento sob a acção das

contracções uterinas; tende a accommodar-se á fórma da bacia de sorte que a sua configuração depois do parto é mui differente da que tem de conservar segundo a raça a que pertence, em vista do que não podemos ajuizar a fórma do craneo do negro pelas modificações plasticas que o trabalho imprime ao craneo infantil.

No emtanto a distincção das bacias segundo as raças, não é nova, ao terminar do seculo XIII occupou a attenção de Camper e Sommering a descripção de uma bacia de negro. Em 1817 Cuvier fazendo a descripção da Venus Hottentote, especialisava as differenças que notou nessa bacia, que por sua fórma se approximava da femea do macaco. Porém, em 1826 appareceu um trabalho de Vrolick, sabio Hollandez, que baseando-se no estudo de um grande numero de bacias de todas as raças, dividio-as em tres grupos, correspondentes ás tres raças humanas —caucasica ou branca, mongolica ou amarella e ethiopica ou negra.

Em 1830 Weber, estudando as raças humanas, especialmente a disposição da cabeça e da bacia, estabeleceu quatro grupos de bacias, que pela fórma do estreito superior correspondião a quatro raças—européa, americana, mongolica e negra. Dessa época em diante varias observações concorrêrão para o aperfeiçoamento desse estudo, que de um lado prende-se á obstetricia e do outro á anthropologia. Em 1835 Kilian descreveu algumas bacias de varias raças. Em 1861 Bourgarel refere alguns apontamentos relativos ao homem da Nova-Caledonia. Em 1864, Joulin depois de fazer uma analyse minuciosa da obra de Vrolick, não querendo admittir que houvesse caracteres nitidos para distincção da bacia nas tres raças, e ao mesmo tempo notando que a bacia do negro afasta-se da bacia da raça branca, termina acceitando dous grupos; 1°, da bacia da raça caucasica, 2°, da bacia das raças negra e mongolica. Basta attender a esta divisão em que o auctor colloca em um

só grupo a bacia negra e a mongolica para, com Barnard-Davis e outros, não se acceitarem as suas conclusões.

No mesmo anno em que appareceu a obra de Joulin, Pruner Bey, medico do Egypto, publicou um estudo interessante, em que apresentava caracteres ethnologicos da bacia masculina. Em 1873 Baccarisse, tendo notado modificações do sacro segundo as raças, defende a sua importante these sobre este assumpto, baseando as suas conclusões no exame de 300 peças osseas. Em 1876, Verneau se fundando em um grande numero de observações, traça uma esplendida descripção da bacia, salientando brilhantemente os verdadeiros caracteres sexuaes e especiaes a cada raça. Em 1880, Corre publica um trabalho sobre o parto nas differentes raças e divide a bacia em tres grupos — raça branca, mongolica e negra. Em 1881 Garson publicou um trabalho relativo a esse assumpto. Em 1886 Verrier, depois de apreciar a questão desde Vrolick, que se póde considerar o seu iniciador, até o estado actual, admitte tambem tres grupos, fundando-se sobre as dimensões da área do estreito superior.

Obedecendo á ordem que estabelecemos na descripção da bacia caucasica, que tomamos como typica na descripção da bacia da raça negra, começaremos pela peça sacro-coccygiana.

Baccarisse descreve esta peça na raça negra, segundo tres grupos—as melanesianas, as negras occidentaes, e as orientaes. A largura da base do sacro é muito mais notavel na raça branca, assim como as dimensões transversaes do estreito superior, dependente do maior desenvolvimento do sacro nesta raça, o que caracterisando a área do mesmo estreito, concorre para o augmento da bacia. A largura da face posterior, medida entre as duas apophyses transversas da primeira vertebra sacra, nos individuos da raça branca e amarella, é menor

nas mulheres do que nos homens, nas melanesianas observa-se o contrario.

A flecha que mede a curvatura sacro-coccygiana é menor na mulher negra, do que na branca e na amarella, sendo nos brancos e especialmente entre os europeus, essa curvatura consideravel a tal ponto que Verneau diz que o maximo da flecha nas raças negras não attinge a media da flecha nos europeus.

A altura pelviana em geral, é no negro mais consideravel do que em outra especie. Estas mensurações estão de accôrdo com as obtidas por Verneau em 208 bacias, pertencentes ao museu de Paris, ao da Escola de Medicina,ao do Val-de-Grace. Assim, pois, fica demonstrado que na raça negra os diametros do sacro são reduzidos transversalmente, o que concorre para uma diminuição da bacia nesse sentido; que o sacro sendo mais alto, augmenta as dimsnsões da parede posterior da excavação; que finalmente a curvatura sendo menor concorre para tornar o eixo da excavação menos curvo do que nas outras raças e portanto menor a linha curva de Carus.

A maior parte dos anatomistas descrevendo o sacro na raça branca, apreciando os caracteres distinctivos, nota justamente como mais proprio ao sexo masculino os signaes que acabamos de referir na bacia feminil da raça negra, donde se conclue que não estava mui longe da razão em affirmar Vrolick, que a bacia da mulher negra tinha caracteres da bacia do sexo opposto.

A curvatura do sacro é tanto maior quanto é mais elevada na escala anthropologica a especie que se estuda: nas inferiores a menor curvatura do sacro é um caracter vizinho da animalidade, ao qual se deve attribuir a facilidade da parturição na bacia negra, apezar da sua falta de amplitude.

Todos aquelles que se dedicárão ao estudo da bacia na raça negra, têm observado que o osso iliaco apresenta uma verticalidade notavel da fossa iliaca, a qual chega á altura

da quarta vertebra lombar mais ou menos, e raras vezes a excede segundo Vrolick. Essa disposição do osso iliaco leva a conhecer pela simples vista uma bacia da raça branca em que as fossas iliacas são inclinadas para fóra. A disposição vertical concorre poderosamente para modificar os diametros transversos da grande bacia, e, portanto, os da base do tronco, assim a maior parte dos auctores admitte que as dimensões tranversaes da bacia na raça negra, não estão em relação com as correspondentes das espaduas, isto é, as negras têm as espaduas largas e os quadris estreitos, phenomeno opposto ás mulheres brancas em que se observa disposição inversa. Joulin, querendo approximar a bacia da negra, da bacia mongolica, faz notar que o achatamento lateral da bacia está em relação com o thorax, que segundo elle nestas duas raças é deprimido lateralmente.

Não temos elementos sufficientes para resolver essa questão, portanto não discutiremos se esse achatamento da bacia, acha-se em relação com a disposição do thorax ou da cabeça, o que nos convem affirmar e que está provado é que ha uma diminuição da bacia no sentido transversal.

A espessura ossea é mais consideravel nos negros do que nos brancos, nos quaes ás vezes as fossas iliacas são de uma transparencia consideravel.

Esses dous caracteres relativos á espessura ossea e verticalidade das fossas iliacas são os unicos que Joulin admitte como especiaes á raça negra, apezar disso não quiz considerar a bacia da raça negra em grupo differente da raça amarella. A conclusão que logicamente deduzimos destas particularidades dos ossos iliacos é que a distancia que separa as duas cristas iliacas, assim como a que separa as espinhas iliacas antero-superiores, é menor na raça negra do que na branca, o que é plenamente confirmado por Verneau, que medindo um grande numero de bacias pertencentes a diversas variedades

da raça negra, não nos apresenta nenhuma em que o diametro das duas cristas tenha attingido a 27 cent., que, segundo os auctores é a média na raça branca. O mesmo nota-se relativamente ás espinhas antero-sueriores e inferiores em que nenhuma attingio a média de 23 cent. para a distancia antre as espinhas antero-superiores e 20 cent. para a distancia entre as espinhas antero-inferiores.

Poucas bacias seccas tivemos á nossa disposição, para acompanhar o estudo do illustre ethnologista, porque o Museu Nacional infelizmente é pauperrimo na especie e o Museu da Faculdade de Medicina possue poucas bacias de individuos da raça negra; no entanto as que medimos nos demonstrárão a reducção observada por Verneau, ainda confirmada no livro de matricula da clinica Obstetrica e Gynecologica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, onde achão-se consignados numerosos casos de diminuição da grande bacia no sentido transversal, facto observado pelo professor Erico Coelho, e que durante o nosso internato tivemos occasião de notar frequentemente.

Passamas agora ao estudo do estreito superior, que por sua fórma, diametros e inclinação, tem sido estudado por numerosos auctores, os quaes pretendem demonstrar que a cada fórma desse estreito corresponde uma raça. Weber admittia quatro fórmas do estreito superior correspondendo ás quatro raças européa ou branca, vermelha ou americana, amarella ou asiatica e negra ou africana. As fórmas correspondentes sendo a oval, a redonda, a quadrangular e a cuneiforme. A fórma oval em que o grande eixo coincide com o diametro transverso pertenceria á raça européa, a redonda á raça americana, a quadrada á raça amarella e a cuneiforme, em que ha reducção dos diametros transversos, pertenceria á raça negra.

Não admittimos a divisão estabelecida por Weber, pois não achamos um caracter differencial, para fazer da raça

vermelha um grupo independente, por conseguinte filiando a raça americana á raça mongolica, que povoou o novo continente, collocamos no mesmo grupo as bacias quadradas e redondas de Weber.

Deixaremos de parte a bacia da raça americana, que apezar dos estudos de Weber, Carl Martin e Verneau, ainda carece ser estudada e não entende directamente ao nosso ponto. Verrier, criticando a divisão de Weber, acceita sómente tres grupos, tomando como ponto de classificação as dimensões dos diametros transversos e da área do estreito superior. No primeiro grupo que elle denomina transverso-ovalar, comprehende as bacias em que o diametro transverso excede a 13 centimetros e a área do estreito superior está entre 110 e 120 centimetros quadrados.

No segundo grupo, comprehende as bacias em que o diametro transverso excede a 12 centimetros e a área do estreito superior é calculada entre 95 e 106 centimetros quadrados. No terceiro grupo, comprehende as bacias em que o diametro transverso tem mais de 11 centimetros, e a área do estreito superior não excede a 86 centimetros quadrados.

Neste ultimo grupo estão comprehendidas as bacias cuneiformes, em que ha predominancia do diametro antero-posterior do estreito superior; o allongamento da bacia neste sentido é um facto observado por todos que estudão as bacias segundo as raças, e o proprio Joulin que nega a predominancia do diametro antero-posterior na raça negra, reconhece uma certa reducção dos diametros transversos.

Relativamente ás dimensões transversaes do estreito superior, assim como da excavação pelviana e do estreito inferior não podemos por nossa parte adiantar grande cousa, porque as observações em que tomamos as mensurações *post-mortem* são em pequeno numero, e aquellas em que tomámos

as dimensões durante a vida, não são tão positivas, visto se tratar de diametros transversos.

Joulin ao passo que ataca Vrolick por sua divisão da bacia em 3 especies : branca, amarella e negra, confunde em um só grupo as bacias da raça amarella e negra, reconhecendo entretanto que pela fórma da cabeça são inteiramente distinctas as 3 especies que acima referimos.

Não nos compete tratar aqui da bacia mongolica, diremos todavia que a comprehensão da bacia negra e mongolica no mesmo grupo segundo Joulin, deixa bem clara a differença que o auctor nota entre a bacia negra e branca. Joulin cita ainda um caracter relativo ao estreito superior, que por sua persistencia, mereceu-lhe muita importancia e sobre o qual Vrolick não chamou a attenção, mas que concorre de facto para modificar a fórma do estreito superior. Segundo aquelle auctor, a differença que existe entre o diametro transverso e obliquo da bacia da raça negra é apenas de 2 millimetros, ao passo que na raça branca é de 10 a 15 millimetros.

Esse caracter especial á raça negra, nos demonstra que qualquer que seja a interpretação do augmento dos diametros obliquos, a fórma da bacia acha-se modificada de um modo differente da bacia da raça branca e mongolica.

Joulin ainda contrariando as conclusões de Vrolick, no tocante á certa predominancia do diametro antero-posterior como caracter distinctivo da raça negra, apresenta-nos uma média de 17 bacias com as seguintes dimensões :

Diametro	ant. post.	105 mm.
»	transverso	121 mm.
»	obliquo	118 mm.

Differença entre o diametro antero posterior e o transverso 16 millimetros.

Ora, essa differença nas bacias da raça branca sendo de 25 millimetros, está claro que ha uma desproporção de quasi um centimetro para o promonto-pubiano ; assim, pois, as observações de Joulin demonstrão que o predominio deste diametro é mais consideravel na raça negra.

Em conclusão, o achatamento no sentido transversal que já descrevemos na grande bacia, existe tambem na excavação, de sorte que podemos admittir um achatamento lateral na bacia da especie negra.

Em seguida ao estudo do estreito superior, a cujas dimensões o féto tem de se accommodar, é forçoso que tratemos da excavação. A inclinação do osso iliaco de cima para baixo e de fóra para dentro, a curvatura da porção sacro-coccygiana, a disposição da arcada pubiana, representão factores importantes no estudo da pequena bacia, que segundo a opinião de Vrolick é mais profunda na raça negra do que na branca.

Esse mesmo auctor apezar de admittir que a bacia da mulher é mais larga e mais baixa do que a do homem, nota que a bacia da mulher negra se approxima mais dos caracteres do sexo masculino, do que a bacia da mulher branca. Joulin ao contrario, admitte que a profundeza da excavação pelviana é menor nas negras, e approximando como vimos a bacia da raça negra e da mongolica, diz que as bacias do grupo destas duas raças, são inferiores em capacidade ás bacias da raça caucasica, em todos os sentidos, á excepção do diametro antero-posterior da excavação e coccy-pubiano, que são quasi iguaes nas tres raças. A opinião de Joulin, relativamente á capacidade da bacia, encontra apoio na classificação de Verrier e nos numerosos casos de bacias regularmente estreita das que temos observado no serviço do professor Erico Coelho, e que constão das observações descriptas na segunda parte de nossa dissertação.

Verrier, a quem já alludimos, comprehende no primeiro grupo de sua classificação, em que a área do estreito superior está entre 110 e 120 centimetros quadrados, as bacias da raça européa, da Asia Menor, do norte e costa occidental da Africa e dos indigenas americanos ; no segundo grupo, em que a área do estreito superior está entre 95 e 106 cent. quadrados comprehende as bacias das chinezas, laponeas, nova-caledoneas, australianas e peruanas; no terceiro grupo, em que a área não excede a 86 cent. quadrados, comprehende as negras do centro e costa oriental da Africa, bosjesmans, papous, dos arredores do Cabo e negricios

No terceiro grupo que caracterisa-se, como se vê, por uma grande reducção da área do estreito superior, o auctor distingue ainda pelas dimensões das bacias os dous sub grupos seguintes :

As negras do centro, da costa oriental da Africa, negricios e papous, possuem bacias com estas dimensões— diametro antero-posterior $9,^{cm}4$, diametro transverso $11,^{cm}5$, diametro obliquo $11,^{cm}4$, area $85,^{cm}6$.

Os indigenas do Cabo e bosjesmans possuem bacias com estas dimensões :

	c. m.
Diametro ant. post....	8,7
» trans......	12,2
» obliquo......	11,7
Area................	83,3

E' especialmente ao terceiro grupo, que ligamos muita importancia, porque factos observados no serviço do professor Erico Coelho, nos vêm demonstrar que a raça negra entre nós apresenta com frequencia bacias uniformemente reduzidas e que devem figurar neste grupo. Já fizemos notar que Verrier inclue no primeiro grupo de sua classificação grande numero de bacias da raça negra, que certamente existem em grande

escala entre nós, são aquellas que possuem os caracteres estudados por Verneau, dos quaes já fallámos.

De modo algum é extranhavel que entre nós haja bacias negras, que por sua capacidade devão figurar no primeiro grupo, e outras no terceiro, pois a importação da raça negra para o Brazil, se fazendo de diversos pontos da Africa, é natural que comprehenda variedades negras, possuindo bacias do primeiro e terceiro grupo.

Este facto observado por Verrier, relativamente á frequencia de bacias reduzidas na raça negra, já tinha sido annos antes assignalado pelo professor Erico Coelho, em suas lições.

As bacias nessas condições talvez sejão mais frequentes entre nós, do que se póde deduzir das observações que documentam esta nossa these, porque já pela diminuição da cabeça fetal, já pela reducção de seus diametros, factores que facilitão o parto, terão passado despercebidas. Além disso, sabemos que geralmente entre nós, e especialmente tratando-se da raça negra, o parteiro só póde conhecer que se trata de uma bacia reduzida nos casos de dystocia, de sorte que as reducções minimas escapão á apreciação dos praticos.

A nossa observação n. 8 é um caso, em que a autopsia veio confirmar essa reducção frequentemente observada na raça negra.

O estreito inferior, da mesma maneira que a grande bacia e o estreito superior, apresenta o diametro transverso menor do que as outras raças.

Os auctores mencionão como especial á raça negra a saliencia interior das espinhas sciaticas; ora a inclinação dos ossos da bacia, concorrendo isoladamente para diminuir o diametro transverso, a saliencia da espinha, que torna mais espesso o osso, reduzirá ainda mais o diametro transverso.

Não nos estenderemos quanto aos diametros obliquos e

antero-posterior do estreito inferior, os quaes são susceptiveis de augmento no trabalho de parto.

CAPITULO II

O PARTO NA ESPECIE NEGRA

O parto é, segundo a expressão de Budin, a solução de um problema de dynamica em que entrão tres factores: 1°, a bacia, canal osseo que deve ser atravessado pelo féto; 2°, a contracção uterina, que representa a força principal, cuja acção determina a expulsão do producto de concepção; 3°, o féto, corpo volumoso, que deve atravessar o annel pelviano.

A respeito do primeiro factor—a bacia, descrevemos na primeira parte, o modo pelo qual os auctores considerão as influencias ethnologicas, relativamente ao segundo—a contracção uterina, pouco ha a dizer, com applicação á materia; trataremos, porém, de estudar o 3° factor, visto depender, principalmente do volume fetal em relação com a fórma e dimensões pelvianas, a maior ou menor facilidade do parto.

Invertendo, pois, a ordem de Budin, deixamos para descrever em terceiro logar o estudo das contracções uterinas, cuja importancia no trabalho de parto é indubitavel, digna de attenção, particularmente nos casos em que a bacia é pequena em todos os sentidos, como é commum nos negros.

O féto impellido pelas contrações uterinas, em obediencia ás leis geraes do mecanismo de parto, tende a accommodar-se a fórma da bacia, executando a flexão, insinuação, rotação e desprendimento.

Normalmente para que a cabeça se insinue na excavação, é preciso que os seus menores diametros se achem em relação com os diametros da bacia, o que tem logar por meio da flexão,

que, por consequinte, é mais necessaria ainda nas bacias pequenas, em que ha justa adaptação com a cabeça do féto.

A insinuação da cabeça, consequencia immediata da flexão, póde em uma bacia normal, ou sendo o féto pequeno, fazer-se antes desta, porém nas bacias pequenas só tem logar depois, e se executa mediante contracções uterinas energicas e com grandes soffrimentos para a parturiente.

Essa ligeira exposição deixa vêr a importancia que no parto pertence em grande parte á cabeça fetal, cujos caracteres ethnologicos devemos assignalar.

A mobilidade das suturas, a amplitude das fontanellas e delgadez dos ossos, permittem em grande escala, que os diametros e fórma natural da cabeça sejão modificados segundo a fórma da bacia, de sorte que as modificações da cabeça, apreciadas depois do parto, não podem nos servir para caracterisar as condições ethnologicas da cabeça infantil. A este respeito eis como se exprime Budin:

« Apezar de todas as mensurações, de todas as estatisticas, não se sabe ainda com exactidão, qual é a fórma normal da cabeça. Ás mais das vezes, se considera como tal a cabeça que se desprendeu em apresentação de craneo; ora é excessivamente raro que nestes caso a cabeça não tenha soffrido alguma deformação, salvo se suppuzessemos uma cabeça muito pequena ou então um parto muito rapido em uma bacia ampla, em que as partes molles não oppuzessem resistencia á passagem do féto. E assim mesmo não se podia affirmar absolutamente que a cabeça do féto não se tinha modificado, durante o periodo de expulsão. Só ha um caso em que é possivel conhecer a fórma natural da cabeça do féto a termo, é o de uma operação cezariana *post mortem*, praticada antes do trabalho. Porém essas observações são raras e excessivamente difficil obtel-as em numero conveniente. »

Este auctor cita a observação de um féto obtido pela operação cezariana, cuja cabeça tem a fórma ovoide e os seus diametros são :

OM.................	12,4
Max................	12,9
OF.................	11,8
SOB................	10,3
BP.................	10,0
BT.................	8,7
BM.................	7,8

Infelizmente não tivemos occasião de apreciar o volume e fórma da cabeça fetal depois da operação cezariana, tivemos, porém, mais de uma observação em que a bacia sendo normal o féto era pequeno.

Muitas vezes apreciámos a fórma da cabeça do feto, nem só logo depois do parto, mas tambem nos dias em que ficavão na Maternidade. E deste modo acompanhavamos as modificações que se davão nos diametros.

A fórma allongada da cabeça em virtude da accommodação na bacia, pouco e pouco se desfaz depois do parto, conservando porém, em muitos casos um certo gráo de dolichocephalia.

Não notámos, como observou Corre, que a face seja pequena em relação ao volume da cabeça, nos prendendo sempre a attenção a seguinte disposição: A cabeça mais ou menos dolichocephala, a fronte estreita, desenvolvimento pronunciado da porção inferior da face, de sorte que a cabeça é volumosa em sua porção posterior e á medida que nos approximamos da fronte sentimos a diminuição dos diametros transversos, que augmentão depois á medida que nos approximamos da face.

Estamos, comtudo, de accordo com a maioria dos auctóres que admitte a accentuação dos caracteres ethnologicos, a medida que o infante se desenvolve.

A coloração do recem-nascido da raça negra é um facto apreciado de modo diverso e que nos suggere algumas considerações. Não nos parece razoavel admittir com Thaly, que entre os negros o recem-nascido é branco, ou melhor pallido, semelhante á face do negro adulto quando tem medo. Segundo Depaul a côr da pelle é avermelhada e seria difficil distinguir por essa circumstancia, de um feto da raça branca.

Na opinião de Rochebrune, a superficie cutanea é de um roseo ligeiramente mais carregado do que nos brancos. Entre nós observamos realmente que á primeira vista a coloração do feto negro, ao nascer, pouco differe da raça branca, porém examinando com maior attenção, nota-se uma côr arroxeada, que se torna mais intensa no tronco e escura nas bolsas escrotaes e nos grandes labios onde a pigmentação é caracteristica.

Quanto á coloração e fórma do cabello, notámos que é menos sedoso do que na raça branca e de um preto mais accentuado, adquirindo pouco a pouco os caracteres da raça negra, principalmente sob a influencia da luz.

O mecanismo de parto, qualquer que seja a raça, é sempre o mesmo, tem por fim dispôr a fórma do conteúdo segundo a do continente, de modo a facilitar a passagem do féto atravez da bacia. Podemos synthetisal-o em dous tempos —insinuação e desprendimento—o primeiro se dá depois da flexão (nas apresentações de craneo e extensão nas de face) que é a substituição dos maiores diametros da cabeça fetal, por outros que estejão em relação com a área do estreito superior, o segundo, que chamamos o de desprendimento, dá-se quando os menores diametros da cabeça se achão em relação com os diametros transversos da excavação, isto é, depois do movimento de rotação.

Tomemos como faz Verrier, os tres typos de bacia, ovalar, quadrada de Joulin ou redonda de Weber e a cuneiforme, e

vejamos o que ha de commum nos casos em que o pelvis apresenta cada uma dessas fórmas. No primeiro, ou da bacia ovalar, predominando sempre o diametro transverso, está claro que a cabeça póde-se insinuar quer em relação com esse diametro, quer em relação com o obliquo ; nessas bacias temos os seguintes tempos : reducção, insinuação, rotação e desprendimento da cabeça. No segundo, da bacia redonda ou quadrada, em que ha uma diminuição do diametro transverso, a insinuação da cabeça se faz sempre em relação com o diametro obliquo, as posições transversas são raras, as posteriores se transformaráõ difficilmente em anteriores, donde resulta a impossibilidade do parto pela face em mento posterior, pois sendo difficil convertel-a em pubiana, de outro modo sabemos que é impossivel terminal-a. Nestas bacias temos os seguintes tempos : flexão, insinuação, rotação, porém limitada e desprendimento da cabeça. No terceiro, da bacia cuneiforme, em que ha predominio do diametro antero-posterior, a cabeça se accommoda melhor em relação com a symphyse pubiana ou com o sacro, donde resultão as posições directas. Nestas bacias o parto consta dos seguintes tempos: flexão, insinuação e desprendimento. Este grupo approxima-se do segundo, em que as posições posteriores não se transformão em anteriores impossibilitando portanto, o desprendimento natural do parto nas apresentações de face, em mento posterior.

O movimento de rotação da cabeça do féto, como vimos, é mui variavel nas bacias que acabamos de considerar, no primeiro grupo o movimento de rotação dá-se sempre e é facil, no segundo é menor e no terceiro é nullo.

Essas modificações no movimento de rotação, segundo as bacias, nos demonstrão que esse tempo é variavel com a relação que existe entre a cabeça do féto e os diametros da bacia.

Quanto ao de flexão, além de ser variavel conforme a

apresentação, basta considerar a capacidade maior da bacia, ou reducção da cabeça fetal, para que esse tempo deixe de se realizar sem inconveniencia, na terminação espontanea do parto. Teremos mais tarde de chamar a attenção para esse tempo nas bacias reduzidas, em que a cabeça toma diversas posições afim de insinuar-se.

Não nos demoraremos estudando os phenomenos mecanicos do parto, relativamente ás mulheres negras, cujas bacias pertencem á primeira parte do terceiro grupo de Verrier, pois que nestes casos não tivemos occasião de apreciar sob o ponto de vista que ora estudamos, modificação alguma do trabalho de parto. Nos estenderemos, porém, minuciosamente estudando o parto nas mulheres cujas bacias occupão a segunda parte do terceiro grupo de Verrier.

A fórma e volume da cabeça fétal varião muito segundo o numero de partos, de sorte que o producto da segunda concepção é geralmente mais desenvolvido do que o da primeira, varia tambem com a raça do progenitor, de sorte que uma bacia que permittio um primeiro parto natural, póde no segundo, em vista do maior desenvolvimento da cabeça fetal, tornar-se um caso de dystocia, que muitas vezes dá em resultado a morte do féto.

Seria uma felicidade para a humanidade, se o desenvolvimento da cabeça fétal estivesse sempre em relação com o desenvolvimento da bacia, ou então que o termo da gestação estivesse em tal relação com a capacidade da bacia, que o trabalho de parto se declarasse no momento em que as dimensões do féto começassem a ultrapassar os diametros da bacia. La Torre, em um importante trabalho, fundando-se na observação de 1,000 casos de bacias viciadas chegou ás seguintes conclusões :

« 1.° De um modo geral, o féto adquire um desenvolvimento identico tanto na bacia normal, como na bacia estreitada;

« 2.º O parto prematuro espontaneo é mais frequente nas mulheres bem conformadas, do que nas de vicio de conformação da bacia;

« 3.º A frequencia do parto espontaneo antes de termo, é quasi a mesma nas primiparas, que nas multiparas de bacias reduzidas: mas é tambem maior nas bacias normaes do que nas reduzidas »

Digamos alguma cousa sobre a contracção uterina a qual depois do estudo da bacia e do féto deve ser apreciada como o factor mais importante na terminação natural do parto.

A contracção uterina é de ordinario acompanhada da dôr que a denuncia sempre. Cumpre-nos notar que, se na maioria dos casos a intensidade da dôr está em relação com a intensidade da contracção, não podemos admittir que assim seja sempre, porque a percepção da dôr varia com a impressionabilidade nervosa da mulher. Varias causas actuão sobre a mulher quanto ao parto e suas consequencias, a raça, os costumes, a civilisação influem naturalmente, nem só quanto á intensidade das contracções uterinas, como tambem quanto á dôr e a commoções nervosas.

E' de corrente observação, que as mulheres das cidades, educadas no rigor da civilisação, têm os seus partos mais demorados do que as que vivem no campo.

Entre os selvagens tem-se observado que tanto é certo que, os partos não são mui penosos, que as mulheres apenas o delivramento se conclue entregão-se aos seus rudes trabalhos.

E' de observação que até mesmo animaes não domesticados, vivendo nas florestas, soffrem a parturição sem dôr, porém em se domesticando mostrão soffrer nem só a dôr, como uma parturição demorada.

Em muitos povos do centro da Africa, a mulher tem de dissimular os soffrimentos causados pelo parto com o sorriso,

o canto, porque um grito é sufficiente para deshonral-a, significando que o filho é o fructo de um crime ! Assim é que ellas guardão um silencio profundo e por mais intensa que seja a dôr, não se deixão trahir por um gemido, um lamento! Felizmente o rachitismo, causa frequente de deformação da bacia, é pouco frequente entre elles, o que concorre poderosamente para poupar a existencia de tantas mulheres que por um trabalho mais demorado e mais difficil, erão victimas de terriveis suspeitas! Esse costume barbaro que nada mais é do que a expressão do atrazo desses povos que condemnão á morte a mulher que geme, não estará de harmonia com a fraca impressionabilidade dolorosa da parturiente?

Felizmente esse costume não abrange mesmo a todos os selvagens.

Thaly, em seus estudos sobre os pretos do Senegal, teve occasião de observar que de ordinario as negras tinhão os partos sem dôres e rapidamente, e ao mesmo tempo notando a forte constituição de que ellas erão dotadas, é de opinião que a dôr é um producto do enfraquecimento do organismo. Este facto das contracções uterinas determinarem um parto pouco doloroso, nos demostra o valor da opinião dos auctores que admittem ser o negro menos sensivel á dôr.

O Dr. Thaly em seus trabalhos sobre os negros do Senegal, estudando o desenvolvimento intellectual desse povo, os costumes e molestias, teve occasião de apreciar a indifferença passiva com que os negros se submettião ás mais dolorosas operações. E quanto mais obscura era a intelligencia do paciente mais embotada se mostrava a sua sensibilidade. Levingstone por seu turno teve occasião de observar a mesma obtusão da sensibilidade ; e a este proposito citamos o caso referido pelo Dr. Mondiére, de uma amputação da metade do maxillar inferior, a qual uma mulher supportou tranquillamente.

Alguns auctores, querendo explicar esse embotamento da

sensibilidade peripherica, attribuem-no a modificações impressas na pelle pelos agentes atmosphericos, pois os negros expoem desde a sua infancia a sua pelle aos raios ardentes do sol, adquirindo o tegumento externo uma densidade consideravel, a qual explica a obtusão á sensibilidade tactil.

Outros admittem que haja uma disposição anatomica especial ao negro na terminação peripherica dos nervos, que sendo o meio pelo qual se communicão as impressões externas ao cerebro, explica a pequena ou a menor percepção e portanto—o desenvolvimento intellectual do negro inferior ao das outras raças.

E' facto que Thaly refere que os mouros soffrem operações dolorosas, com uma tranquillidade admiravel, mas a sua indifferença não é completa, contrahem os musculos da face, acompanhão curiosamente todo o processo operatorio, e desejão anciosamente a terminação da operação. E quando são feridos plas armas inimigas ainda se submettem com a maior coragem a qualquer exploração cirurgica. E' entretanto muito differente o modo pelo qual os mouros e os negros reagem a dôr, os mouros depois da operação tornão-se satisfeitos e agradecidos, os negros demonstrão indifferença pelo que lhes succede.

Da mesma sorte as observações de Chassagniol, a respeito do parto na raça negra, vêm demonstrar a fraca impressão da superficie cutanea nos recem-nascidos, os quaes, segundo elle, não gritão ao nascer! Phenomeno admiravel, pois que a influencia do meio exterior, determinando uma forte impressão na pelle, deve provocar uma excitação, que por acção reflexa se traduz pelo choro da criança, desde que se estabelece a respiração pulmonar.

Nos partos que observámos com relação á materia notámos que a maior parte das vezes logo que o trabalho de parto se declarava, as mulheres tornavão-se mais concentradas,

menos expansivas e com certa calma esperavão a terminação. No corrente anno deu-se o seguinte facto aliás muito interessante com uma negra que occupava o leito n. 15 da Maternidade da Faculdade de Medicina. Esta mulher, sem que phenomeno algum doloroso lhe indicasse a approximação do parto, foi accommettida de uma sensação de peso no baixo ventre; buscando satisfazer a necessidade natural, foi sorprendida pelo nascimento de seu filho, sem que tivesse tempo de voltar ao seu leito!

Neste ponto cumpre-nos tambem aqui referir que tivemos occasião de assistir a trabalhos longos e demorados, dependendo ora de um vicio de bacia, ora da rigidez do collo, etc.

A respeito, porém, do grito fetal, observado por Chassagniol, sem querermos contestar a sua experiencia que teve para estudo um campo mais vasto do que o nosso, diremos, todavia, que não notámos differença alguma no choro dos recem-nascidos brancos ou negros, a qual mereça figurar como caracter distinctivo entre as duas raças. E' facto que mais de uma vez observámos o recem-nascido da raça negra deixar de chorar, sem uma causa justificavel; em outros, porém, o contrario se fazia sentir.

A progressão do trabalho de parto depende da energia das contracções uterinas, depende mais da resistencia a vencer, da inclinação da bacia e da obliquidade do utero. O eixo do utero coincidindo com o eixo do estreito superior, permitte que a marcha do trabalho seja regular e é justamente por falta desse parallelismo que nos casos de *venter propendens* o trabalho é demorado, irregular e ás vezes impossivel.

E' com o fim de estabelecer esse parallelismo e aproveitar as contracções uterinas, que somos obrigados a corrigir as inclinações do utero mudando a posição da parturiente, manobra esta usada até pelos povos selvagens, entre os quaes

toda a obstetricia se resume quasi que exclusivamente nas diversas fórmas de posição da mulher durante o parto.

Um assumpto que tem preoccupado aos auctores, que se dedicão ao estudo da obstetricia na raça negra, é a inclinação da porção lombar da columna vertebral, em que ha um exagero da lordose lombar physiologica. Segundo alguns observadores, isso depende do costume que têm as negras de carregarem os filhos sobre a região lombar, obrigando-as para melhor sustentarem-os a um exagero dessa curvatura.

Não nos demoraremos na interpretação do facto, admittimos que a lordose-sacra-physiologica varia segundo as raças. Ligando, porém, grande importancia ás modificações que as incurvações da região lombar da columna imprimem á inclinação da bacia, estudaremos a influencia da lordose lombar sobre o parto na especie negra.

O exagero da lordose physiologica nas mulheres que estudamos, é dependente do grande desenvolvimento do ventre, ou melhor da projecção do utero gravido que em vista da pequena capacidade da bacia, é obrigado a inclinar-se para diante, de sorte que a mulher para manter o equilibrio verga a espinha para traz, compensando desse modo o excesso de peso ajuntado ao ventre. Essa inclinação do utero é fonte de varios incidentes no trabalho de parto, umas vezes prolonga os soffrimentos da mulher, outras vezes a consequencia é a insinuação da cabeça fetal em uma posição inclinada, a qual se em alguns casos se corrige espontaneamente, em outros complica o parto. Além disso a falta de relação entre o eixo do utero e o do estreito superior faz com que os esforços do utero sejão pela maior parte inuteis, a dilatação do collo é incompleta e irregular, a cabeça comprimindo a superficie uterina de encontro ao promontorio póde acarretar complicações graves.

A falta de altura da cavidade abdominal fórça igualmente o utero a pender para diante, a distender a parede do ventre enfraquecendo a linha branca, donde se infere que esta disposição póde predispôr ás eventrações do utero, a hernias e suas consequencias.

No trabalho de parto podemos afastar esse caso de dystocia, por exagero da curvatura lombar, collocando a mulher no decubito dorsal, tendo o cuidado de conservar o pelvis mais elevado do que as espaduas.

Alguns anthropologistas descrevem com certa particularidade o desenvolvimento do tecido adiposo da região glutea —a steatopygia, que se observa na Hottentocia e em certas raças da Africa oriental e occidental. A steatopygia não sendo um caracter commum a toda especie negra, e como não tivemos occasião de observal-a, deixamos de fazer o seu estudo com mais detalhe.

———

Começamos agora a descripção do parto, e consequencias relativas tanto á mulher quanto ao féto, nas bacias pequenas que, segundo a opinião do professor Erico Coelho, são mui frequentes na especie que observamos.

Não nos foi possivel, por circumstancias independentes de nossa vontade, tratar em nossa these de todos os casos de bacias reduzidas, os quaes fôrão observados na Maternidade da Faculdade de Medicina.

Os casos de nossas observações não apresentavão nenhum signal de rachitismo, nenhuma deformacão da columna vertebral. As saliencias dos ossos iliacos conservavão suas relações normaes. As relações entre as distancias das espinhas iliacas antero-superiores e a distancia entre as cristas erão regulares,

isto é, guardavão entre si a proporção normal, o que não se dá nas bacias rachiticas.

Diversas vezes tivemos occasião de observar vicio de bacia por influencia do rachitismo, porém achámos desnecessario em nossa these o estudo desta molestia.

Dividiremos as bacias que figurão em nossas observações em dous grupos—no primeiro collocaremos as bacias cujo diametro antero-posterior era reduzido de um centimetro, são bacias de 10 centimetros; no segundo grupo, collocaremos aquellas em que esse diametro nos revelou uma reducção abaixo de 10 centimetros.

1° *grupo*

Maria, preta, promonto pubiano......	0m,10
Virginia, mestiça, idem.............	0,10

2° *grupo*

Anna, preta, idem..................	0,095
Henriqueta, preta, idem.............	0,095
Izabel, preta, idem...............	0,095
Polydora, preta, idem..............	0,095
Damiana, preta, idem..............	0,09

Considerações sobre o 1° grupo.—Nestas bacias o conhecimento exacto do volume da cabeça fetal representa um factor tão importante quanto o conhecimento das dimensões da bacia, pois que, sendo pequeno o féto, sua cabeça reduzindo-se, o parto póde-se realizar sem accidentes.

Nestas circumstancias uma mulher que tem a bacia reduzida póde ter o parto sem apresentar signal algum que nos chame a attenção para as dimensões do pelvis.

OBSERVAÇÃO N. 1

Maria, preta, com 17 annos de idade, de constituição forte, menstruada aos 15 annos, entrou para a enfermaria da clinica de partos no dia 28 de Fevereiro de 1887.

Altura, 1^m,45.

Pelvimetria

Distancia entre as espinhas iliacas antero-superiores.	0,22
« » » cristas......................	0,24
Conjugata externa........................	0.17
Conj. vera............................	0,10

Entrou em trabalho de parto ás 6 horas da tarde de 16 de Abril de 1887. As dôres progredirão regularmente até as 4 horas da madrugada do dia 17, em que sendo completa a dilatacão do collo, deu-se a ruptura da bolsa das aguas, e ás 6 horas e tres quartos da manhã teve logar o desprendimento de um féto do sexo masculino, em estado de morte apparente, sendo baldados todos os recursos que se empregárão para chamal-o á vida. Peso do féto 2,150 grms.. Comprimento total 49 centims. Diametro da cabeça: Maximum 13 centims. Occipito mentoniano 12 centims. Occipito frontal 11 centims. Sub-occipito-bregmatico 8 centims. Bi-parietal 9 centims. Bi-temporal 8 centims. Mento-frontal 7 centims. Trachèlo-bregmatico 8 centims. Bis-acromial 11 centims.

Puerperio

No dia 17, á tarde (dia do parto), houve elevação de temperatura a 39°,6. No dia 18 e 19 a temperatura conservou-se normal.

No dia 20 houve elevação de temperatura a 39°,6 precedida de um violento calafrio. Notou-se alteração dos lochios.

O estado geral era satisfactorio. Havia embaraço gastrico e o ventre estava tympanico.

Prescreveu-se o seguinte: Bi-sulfato de quinina internamente e em injecções hypodermicas. Um clyster purgativo. Irrigações intra-uterinas anti-septicas.

No dia 21, pela manhã, a temperatura desceu a 38°,6 e á tarde elevou-se a 39°,8. O estado geral conservou-se no mesmo. Continuou se com o bi-sulfato de quinina e irrigações anti-septicas.

No dia 22 a temperatura á tarde elevou-se a 39°,2, porém a doente não teve calafrio. Insistio-se na mesma medicação.

Os lochios tornarão-se normaes. A mulher entrou em plena convalescença e restabeleceu-se da infecção de que foi acommettida.

OBSERVAÇÃO N. 2

Virginia Saraiva, mestiça, com 19 annos de idade, constituição fraca, primipara, entrou para a enfermaria da clinica de partos no dia 17 de Março de 1887.

Diagnosticou-se uma prenhez simples a termo. Apresentação de craneo em posição OIEA.

Pelvimetria

Distancia entre as espinhas illiacas antero-superiores.	0,^{m}215
» » » cristas	0,^{m}235
Conj. externa	0,^{m}165
Conj. vera	0,^{m}10

Começou o trabalho de parto ás 6 horas da tarde do dia 27 de Março de 1887. As 11 $^1/_2$ horas da noite teve logar a

ruptura da bolsa das aguas. A's 5 horas da manhã de 28 a dilatação do collo estava completa, e o trabalho não progredindo até ás 9 horas da manhã, por não se ter dado o movimento de rotação interna applicou-se o forceps de Barnes. O féto do sexo masculino nasceu vivo. Apresentava uma dolichocephalia mui pronuuciada. Peso do féto 2,910 grams. Comprimento do féto 0,^{m}49. Diametro Maximum 0,14—OM 0,13 — OF—0,125 — SOB. 0,09 — BP. 0,09 — BT. 0^{m},08 — TB. 0,09—MF.0,08—Bisacr. 0,12.

Puerperio

Apenas interrompido por uma ligeira infecção, que cedeu sob o emprego do bi-sulfato de quinina e de irrigações vaginaes anti-septicas.

Estas duas parturientes, cujas observações acabámos de traçar, erão primiparas e a termo, e logo que entrárão para a enfermaria reconheceu-se pela palpação e tocar, que em ambas a cabeça do féto occupava a área do estreito superior, sem haver, portanto, insinuação.

O exame pelvimetrico de ambas, revelou uma diminuição nas dimensões de todos os diametros,

Na mulher da segunda observação, declarou-se o trabalho de parto com contracções uterinas fortes e reiteradas, dez dias depois de sua entrada para a enfermaria. A dilatação do collo marchava lentamente, porém a bolsa das aguas tornava-se cada vez mais saliente. A dilatação do collo fazendo-se, pois, á custa da bolsa das aguas, impedia que o segmento inferior do utero fôsse comprimido entre a parede pelviana e a cabeça do féto. A' vista disto, procurou-se, o mais que foi possivel, impedir a ruptura da bolsa das aguas, que, como vimos, teve logar ás 11 $^{1}/_{2}$ horas da noite.

As dôres tornarão-se mais intensas, notou-se pelo tocar a formação de uma bossa sero-sanguinea.

Apezar da ruptura da bolsa das aguas, o ovo não esvasiou-se, porque a cabeça occupando toda área do estreito superior, impedia que o liquido escoasse, de sorte que não havia a receiar uma perturbação da circulação placentaria causada por compressão directa do utero sobre o féto.

Os batimentos cardiacos se mantinhão regulares e o trabalho apezar de lento progredia sempre. A posição e a situação do féto erão regulares, e a cabeça não ameaçava por compressão as partes molles da bacia.

Essas razões permittirão esperar até á hora da visita em que terminou-se o trabalho.

Quanto á primeira observação temos a accrescentar que as contracções uterinas erão regulares, e que normalmente se fez a dilatação do collo e tambem a insinuação da cabeça. A dilatação do perineo, porém, foi lenta e difficil.

Os diametros SOB e BP o primeiro com 8 centimetros e o segundo 9 centims. permittirão a insinuação ainda mais facil da cabeça, a qual neste caso era menor do que a do féto da primeira observação.

As duas observações que acabamos de analysar, e que constituem o 1° grupo, offerecem de notavel uma pequena reducção da bacia, entretanto conhecendo a influencia que a diminuição de um centimetro em todos os diametros exerce sobre o parto, devemos consideral-as attentamente. E' justamente em casos desta ordem que o pratico tem necessidade de conhecer as relações que existem entre a capacidade da bacia e o volume do féto, afim de tomar providencias a salvar o infante, praticando muitas vezes o parto prematuro.

Considerações sobre o 2º grupo

OBSERVAÇÃO N. 3

Anna, preta, com 20 annos de idade, constituição forte, primipara, entrou para a enfermaria da clinica de partos, no dia 15 de Abril de 1884. Altura 1^{m},46. Diagnosticou-se uma prenhez simples a termo e uma bacia regularmente estreitada.

PELVIMETRIA

Distancia entre as espinhas iliacas antero-superiores	0,^{m}20
« » » cristas....................	0,^{m}23
Conj. externa............................	0,^{m}18
» vera................................	0,^{m}095

Entrou em trabalho de parto ás 6 horas da manhã do dia 18 de Maio de 1884. A ruptura da bolsa das aguas deu-se ás 7 horas da noite de 19, e ás 11 horas, em virtude do enfraquecimento das coutracções uterinas e por falta de insinuação da cabeça, applicou-se o forceps de Tarnier.

Era uma apresentação de craneo em OIEA.

O feto do sexo masculino nasceu vivo, e offerecia as seguintes dimensões cephalicas: Diametro Maximum 0,^{m}14— OM. 0,^{m}12 —OF. 0,^{m}12—SOB. 0,^{m}09— BP. 0,^{m}09—BT. 0,^{m}08 TB. 0,^{m}10—MF. 0,^{m}09. Peso 3,400 grams.. Comprimento 50 centims. Puerperio normal.

OBSERVAÇÃO N. 4

Henriqueta, preta, com 17 annos de idade, constituição fraca, primipara, entrou para a enfermaria de clinica obstetrica, no dia 20 de Abril de 1884.

PELVIMETRIA

Distancia entre as espinhas illiacas antero-superiores.	0,m205
» » » cristas........................	0,m235
Conj. externa................................	0,m016
» vera....................................	0,m095

Entrou em trabalho de parto no dia 26 de Abril de 1886. A dilatação do collo tinha as dimensões de uma moeda de 200 rs. No dia 7, ás 5 horas da manhã, a dilatação era pouco maior,e a bolsa das aguas alongada; fez-se a ruptura artificial. Pelo tocar reconheceu-se uma apresentação podalica—calcaneo iliaca esquerda anterior, porém meia hora depois o tocar revelou o seguinte: occiput em posição direita, variedade posterior, encontrando-se ainda as extremidades podalicas. O féto achava-se, pois, encurvado. Pouco depois essas extremidades desapparecêrão da área do estreito superior e insinuou-se o braço direito e uma alsa do cordão, pelo que fez-se a reducção do braço e não sendo possivel a do cordão, applicou-se o forceps de Tarnier.

A revolução fétal que substituio neste caso a extremidade podalica, pela cephalica explica-se, conforme attribuio o professor Erico Coelho, não pela versão espontanea, porém pela circumstancia de terem muitos alumnos, palpado e malaxado o ventre da parturiente com o intento de reconhecerem a situação do féto; pressões alternadas exercidas atravez do ventre sobre o féto, que não se insinuava por ser estreita a bacia, devião forçosamente deslocar o conteudo do utero em varios sentidos, tal qual acontece na versão por manobras externas.

O féto do sexo feminino foi extrahido com grande difficuldade, em estado de morte real. O trabalho de parto tinha-se declarado consecutivamente a um pleuriz agudo.

PUERPERIO

Logo depois do parto fez-se uma irrigação uterina antiseptica. Na manhã do dia 8 a doente foi acommettida de um violento calafrio, que durou uma hora e a temperatura axillar elevou-se a 41°, o pulso a 102.

Nos dias seguintes a temperatura axillar conservou-se sempre ácima de 38°.

No dia 20 desse mez o calafrio foi mais intenso, porém menos prolongado do que o primeiro e a temperatura elevou-se a 41° e o pulso a 108.

Nos dias 21 e 22 a temperatura manteve-se na linha de 38°, augmentando alguns decimos para a tarde.

A medicação empregada até aqui consistio no uso do bi-sulfato de quinina internamente, em injecções hypodermicas e no uso de uma poção tonica-alcoolica.

Nos dias 23 e 24 as exacerbações para a tarde fôrão mais accentuadas, temperatura 40°, pulso 100.

Do dia 25 em diante o movimento febril tomou o typo intermittente quotidiano simples, de intensidade decrescente.

No dia 31 desse mez a doente estava apyretica.

No dia 3 de Junho pela manhã notou-se a temperatura de 38°,8, á tarde 39°,8.

No dia 4 de Junho, á tarde, a doente teve um forte calafrio a temperatura elevou-se a 40° e o pulso a 120.

No dia 5 a doente estava apyretica e entrou em franca convalescença.

Os phenomenos locaes observados fôrão: o peritoneo immune, os parametrios livres, o utero, porém, doloroso espontaneamente e mormente á pressão, quando se explorava os seus cornos e tambem na direcção das bordas.

O exame da região thoracica revelava de dia em dia fluxões erraticas pulmonares, verdadeiras pneumonias bastardas,

se caracterisando por menor permeabilidade do orgão ao ar, estertores crepitantes finos, e menor elasticidade á percussão.

A expectoração, ora rara, adherente á escarradeira, pegajosa, ora mais abundante e deliquescente, não sanguinolenta.

O quadril esquerdo foi compromettido por abcessos em torno dos nucleos de endurecimento, consecutivos a injecções hypodermicas de bi-sulfato de quinina ; de sorte que convertêrão a fossa illiaca externa em um verdadeiro phlegmão diffuso, como tambem a espadua direita, onde não se praticárão injecções, sendo, portanto, abscessos metastaticos.

Todos esses focos fôrão esvasiados em tempo opportuno e curados antisepticamente. Depois de 18 dias de apyrexia completa e restauração progressiva das forças, declarou-se um embaraço gastrico, acompanhado de diarrhéa e movimento febril, perturbação essa que cedeu mediante o emprego da ipecacuanha e do bi-sulfato de quinina, em pequenas dóses. No fim de 9 dias restabeleceu-se a doente e teve alta a 28 de Julho.

OBSERVAÇÃO N. 5

Izabel, preta, com 23 annos de idade, de constituição forte, primipara, entrou para o serviço da clinica obstetrica no dia 20 de Junho de 1885. Altura 1,^{m}40.

PELVIMETRIA

Distancia entre as espinhas iliacas antero-superiores.	0,^{m}22
» » » cristas......................	0,^{m}24
Conj. externa..............................	0,^{m}18
Conj. vera................................	0,^{m}095

A's 8 horas da noite de 11 de Agosto deu-se a ruptura da bolsa das aguas, seguindo-se um trabalho lento até ás 2

horas da tarde de 12, em que as contracções recobrárão energia. Reconheceu-se uma apresentação de craneo em OIEA.

A' 9 $^1/_2$ horas da noite de 12, a dilatação do collo estando completa, a cabeça fetal insinuou-se, porém não havendo tendencia ao desprendimento da cabeça, e enfraquecendo-se os batimentos cardiacos do feto, empregou-se o forceps de Barnes, extrahindo-se um feto do sexo feminino, em estado de morte apparente. Peso do féto 2,580 grams. Comprimento 0,^{m}52. Diametros OM. 0,^{m}12 — OF. 0,^{m}11 — SOB. 0,085—BP. 0,^{m}09—BT. 0,^{m}07—TB. 0,^{m}09—MF. 0,085—Bis-Acr. 0,11. Puerperio normal.

OBSERVAÇÃO N. 6

Polydora, preta, com 22 annos de idade, constituição forte, primipara, entrou para o serviço de clinica obstetrica no dia 10 de Fevereiro de 1887. Diagnosticou-se uma prenhez simples á termo, em OIET.

PELVIMETRIA

Distancia entre as espinhas iliacas antero-superiores..	0,^{m}23
» » » cristas..........................	0,^{m}25
Conj. externa..............................	0,^{m}16
Conj. vera.................................	0,^{m}095

Entrou em trabalho de parto ao meio-dia de 11 de Fevereiro de 1887. As dôres erão fracas e a dilatação do collo era de 0,^{m}02, a qual só completou-se na manhã do dia seguinte, em que teve logar a ruptura da bolsa das aguas. Como o desprendimento não se completasse, apezar de se achar a cabeça na excavação, applicou-se o forceps de Barnes, e ás 10 horas e meia da manhã extrahio-se um féto vivo do sexo masculino.

Peso do feto 2,850 grms. Diametro OM. 0,^{m}13—OF. 0,^{m}12

SOB. 0,^{m}09 — BP. 0,^{m}09 — BT. 0,^{m}085 — TB. 0,^{m}085 — MF. 0,^{m}07, Bis-Acr. 0,^{m}11. Puerperio normal.

Em todas essas observações que acabamos de descrever nos dous grupos, a terminação do parto fez-se a forceps, afim de evitar que em consequencia de um trabalho prolongado, se désse a mortificação das partes molles, em vista da pequena capacidade da bacia e tambem no interesse do féto. Até aqui temos a notar que a terminação do parto foi satisfactoria em todos os casos, pois não perdeu-se uma só parturiente, e apenas dous fétos succumbirão.

O puerperio, á excepção das observações 1ª e 4ª, justamente aquellas em que os infantes não vivêrão, foi normal.

Essas observações nos dão, portanto, um resultado provavel, e que parece em contradicção com as consequencias do parto nas bacias regular e geralmente viciadas. Como explical-o ?

Em primeiro logar a reducção das bacias que acabamos de estudar, sendo de 10^{mm} em dous casos, e de 15^{mm} em quatro casos, é menos consideravel do que aquellas em que Nægele prescrevia a craniotomia, isto é, quando a reducção era de 27^{mm}. Em segundo logar, o volume da cabeça fetal não sendo grande, pois como vimos, os diametros BP e SOB não excedêrão jámais a 9 centimetros, o parto podia terminar-se naturalmente, o que se dá todas as vezes que o volume da cabeça é igual ou menor do que a capacidade da bacia.

Assim, pois, uma bacia de primipara permittindo um parto natural a termo, póde no segundo parto exigir o emprego do forceps, até mesmo a craniotomia em consequencia de maior desenvolvimento do féto.

E', pois, de grande necessidade o conhecimento prévio do volume da cabeça fetal, e de sua desproporção com as

dimensões da bacia, depende a intervenção do parteiro, que em certos casos deve opinar pelo parto prematuro, em uma época que varia segundo a maior ou menor capacidade da bacia; porém a maior parte das vezes o parteiro é chamado na occasião do parto e então em presença de um féto, cujos batimentos cardiacos denotão plena vitalidade e de uma bacia, cuja reducção é pouco consideravel, applica o forceps, faz tracções sem resultado e afinal é obrigado a lançar mão da craniotomia, depois de uma demora inutil e de grande compressão das partes molles da bacia.

Lubac, em sua these de 1870, sustentada em Paris, apresenta numerosas observações de reducção geral da bacia, infelizmente, porém, só em um caso em que o féto nasceu vivo e o puerperio foi normal nos refere as dimensões da cabeça do féto, as quaes concordão com o resultado de nossas observações. Eis aqui o facto: « Philomena (observação XIII), com 26 annos de idade, excellente conformação, estatura média; saude anterior perfeita, primipara. »

« A pelvimetria digital dá para o *conj. obliqua* 10 cent. e para o *conj. vera* 8 cent. e meio.

« E', portanto, uma bacia mais reduzida do que as que temos até agora estudado, e felizmente refere os diametros do féto, os quaes são: OM 123^{mm}—OF 100^{mm}—BP 83^{mm}.»

Essa mensuração demonstra que o féto tinha a cabeça menor do que os de nossa observação. E o proprio Lubac notou que esse féto apresentava uma reducção de 1 $^1/_2$ centimetros, em comparação com os outros fétos, que sem duvida concorrêrão para o augmento da cifra mortifera de sua estatistica.

Antes de descrever a ultima observação do segundo grupo, mencionemos a seguinte (VII) que ahi não figura, porque tendo a puerpera fallecido, e não sendo possivel praticar-se a autopsia, não obtivemos mensurações mais minuciosas.

Comtudo chamamos a attenção para as dimensões fetaes e para o trabalho de parto que nos parecem de grande importancia.

OBSERVAÇÃO N. 7

Adelaide Maria Ferreira, mestiça, com 19 annos de idade, menstruada regularmente desde os 12 annos, primipara, entrou para a enfermaria de clinica de partos no dia 10 de Setembro de 1886.

O professor Erico Coelho, diagnosticou — uma prenhez simples a termo, bacia regularmente viciada e em todos os sentidos, e uma apresentação de face em posição MIEP.

No dia 19 de Setembro, ás 6 horas da tarde, entrou em trabalho de parto, que se prolongou durante essa noite.

A's 11 horas do dia seguinte, rompeu-se espontaneamente a bolsa das aguas, estando o collo dilatado como uma moeda antiga de 40 rs. Não progredindo o trabalho de parto, ás 2 horas da tarde o Sr. Dr. Erico Coelho empregou o forceps, depois de ter por meio de manobras convenientes conseguido mudar a apresentação de face em apresentação de craneo e fez a extracção do féto em OIEA.

O féto do sexo feminino nasceu morto; pesava 2,760 grams. e tinha o comprimento de 52 centimetros.

Diametros — OM. 0^m,115 — OF. 0^m,11 — SOB. 0^m,08 — BP. 0^m,08 — BT. 0^m,07 — TB. 0^m,08 — MF. 0^m,07 — Bis-Acr 0^m,11.

PUERPERIO

Depois do parto prescreveu-se o uso da seginte poção:

Hydrolato de melissa.........	120	grams.
Alcoolato de melissa.........	20	»
Tintura de canella...........	4	»
Xarope de cascas de laranjas...	30	»

Para tomar uma colhér de sôpa de hora em hora.

A doente queixava-se de dôr intensa na região uterina, pelo que prescreveu-se o chlorhydrato de morphina em injecção hypodermica. Temperatura á tarde 38°,4, pulso 74.

No dia 21.—Temperatura pela manhã 37°, pulso 80. A' tarde temperatura 39°,8, pulso 108.

Continuou a mesma medicação e prescreveu-se injecções vaginaes de sublimado corrosivo a 1/2000.

No dia 22.—Temperatura pela manhã 39°,2, pulso 96. A' tarde temperatura 39°,6, pulso 114.

Prescreveu-se uma poção com 2 grams. de tintura de digitalis e insiste-se no bi-sulfato de quinina.

No dia 23 pela manhã a temperatura era de 39°,4 e á tarde tambem conservava-se em 39°,4, o pulso 150.

Delirio, ventre tympanoso e doloroso á pressão ; havia sêde intensa.

Applicarão-se 24 sanguesugas ao ventre e prescreveu-se a seguinte poção :

Limonada sulfurica..........	500 grams.
Tintura de digitalis..........	1 gram.
» » belladona.........	10 gottas.

Para tomar uma colhér de sôpa de hora em hora.

Injecções hypodermicas de bi-sulfato de quinina e de chlorhydrato de morphina.

Na madrugada de 24 morreu, victima de uma lympho-peritonite infectuosa.

OBSERVAÇÃO N. 8

Damiana, preta, com 17 annos de idade, primipara, menstruada regularmente, entrou para a enfermaria de clinica de partos no dia 27 de Julho de 1886.

Diagnosticou-se uma prenhez simples, a termo. Apresentação de craneo em OIEA.

As mensurações internas e externas da bacia revelárão uma reducção por igual de seus diametros.

O parto fez-se a forceps e o féto nasceu em estado de morte real.

Nas primeiras horas depois do parto a doente accusou algum resentimento nos orgãos sexuaes externos e no ventre, que era sensivel á pressão, e havia algum meteorismo.

Prescreveu-se o uso de chlorhydrato de morphina em injecções hypodermicas. Temperatura axillar 38°,4.

No dia seguinte pela manhã a temperatura era de 37° e o pulso 140. A' tarde temperatura 39°,6 e o pulso 140.

Prescreveu-se o bi-sulfato de quinina e a seguinte poção:

Agua.....................	100	grams.
Tintura de digitalis.........	2	»
Alcoolato de melissa.........	20	»
Xarope de flôres de larangeiras.	20	»

Para tomar uma colher de sôpa de hora em hora.

No dia seguinte (segundo dia depois do parto) a temperatura pela manhã era 38° e o pulso 148.

A doente accusava um augmento de sensibilidade no ventre e meteorismo.

Insiste-se na mesma medicação e applicarão-se 18 sanguesugas na região hypogastrica.

A' tarde temperatura 37 e o pulso 120.

Alta noite a doente falleceu sem assistencia medica, quer da Maternidade, quer da Santa Casa da Misericordia, pelo que só podemos accrescentar a esta observação o resultado da autopsia.

Autopsia praticada pelo Dr. Marcondes de Rezende, preparador da cadeira de anatomia pathologica

Thorax. —Ambos os pulmões apresentavão uma congestão passiva na borda posterior, congestão essa hypostatica ou

cadaverica. As pleuras não estavão adherentes, e as superficies estavão lisas, como no estado normal. A cavidade pericardica continha um liquido sero-sanguinolento, cuja quantidade era pouco mais ou menos de 15 grams. No coração não existia lesão valvular alguma, nem nos orificios, porém encontrava-se no ventriculo direito um coalho de base cruorica e porção superior fibrinosa, indicando por esse aspecto que se formára antes da morte, e que, por conseguinte, a agonia fôra lenta e prolongada.

Cavidade abdominal.—Existia um pouco de serosidade normal na cavidade peritoneal, mas as azas intestinaes escorregavão umas sobre as outras, não observando-se adherencia alguma. Em uma dellas notava-se uma mancha vermelha ou ecchymose cadaverica, segundo a expressão de Cornil e Ranvier. No figado, rins e baço nada de anormal, assim como na excavação pelviana

O utero apresentava-se volumoso e pesado como succede no principio de sua involução depois do parto. A sua superficie interna mostrava-se um pouco vermelha, contendo pouco pús.

MENSURAÇÃO DA BACIA OSSEA

GRANDE BACIA

Distancia entre as espinhas iliacas antero inferiores..	0,m16
» » » » antero-superiores.	0,m19
» » as duas cristas iliacas.............	0,m22
» do meio da crista iliaca ao estreito superior.	0,m085

ESTREITO SUPERIOR

Diametro antero-posterior......................	0,m09
» obliquo..........................	0,m09
» transverso........................	0,m10

EXCAVAÇÃO

Diametro antero-posterior........................	0,m10
» obliquo...........................	0,m09
» transverso........................	0,m09

ESTREITO INFERIOR

Diametro antero-posterior........................	0,m09
» obliquo...........................	0,m09
» transverso........................	0,m08

Altura da bacia...........................	0,m16
Bi-trochanteriano........................	0,m20

CAPITULO III

CONSEQUENCIAS DO PARTO NA ESPECIE NEGRA

Encetando o estudo da terceira parte de nossa dissertação, não podemos deixar de tratar ainda que de um modo geral e summario das tendencias ou predisposições morbidas dos individuos de raça negra.

A predisposição, a receptividade, a immunidade conferidas á raça negra, por circumstancias inherentes ao meio intimo — é o assumpto que nos fere naturalmente a attenção, antes de estudar o puerperio, como parte essencial deste capitulo.

Não ha assumpto que tenha merecido maior attenção dos clinicos e especialmente dos hygienistas, do que a etiologia das molestias; nem só porque de seu conhecimento exacto depende o modo de evital-as, mas tambem pelas inducções therapeuticas que dahi decorrem.

Está perfeitamente estabelecido em sciencia, que a molestia é susceptivel de variar conforme a idade, o sexo, a constituição e a raça. O meio intimo reflecte a impressão dos agentes exteriores variando em cada individuo, donde resulta que ha doentes e não molestias. A herança é um factor importantissimo que perpetúa na familia assim como na raça, caracteres de immunidade ou de receptividade.

A especie humana apresenta um grande numero de variedades ou raças, em cujo estudo não accordarão ainda os anthropologistas. As analogias e semelhanças entre os homens das diversas raças são incontestaveis, qualquer que seja o organismo humano, por maior que sejão as suas modificações — o homem em seus elementos e em seus attributos physiologicos é um ; porém succede que tendo de viver em relação com o meio exterior que varia de um ponto a outro da terra, resistindo á variedade dos climas, o seu organismo afim de se adaptar as differenças do meio, amolda-se de um modo especial e intimo.

Os carácteres de uma raça não se perpetuão exclusivamente na fórma da cabeça dolichocephala ou brachycephala, na maior ou menor abertura do angulo facial, no aspecto dos cabellos, na variedade de pigmentação da pelle. Essas modificações, é certo, traduzem profundas differenças, mas não são ellas as mais importantes ao nosso estudo, o que nos interessa saber agora é se o meio interno, se a constituição variando modifica a pathologia.

O Dr. Maurel em seus estudos hematologicos sobre a anemia dos paizes quentes divide o assumpto conforme as tres raças — caucasica, mongolica e ethiopica. Os factos principaes são os mesmos nas tres raças, porém ha particularidades importantes que merecem menção. O numero dos globulos vermelhos é maior nos individuos de raça mongolica, occupando o segundo logar a raça branca e o terceiro a negra. O

serum sanguineo apresenta uma composição variavel, assim é que empregando-se uma solução de sulfato de sodio na proporção de 2 para 50, consegue-se apreciar nitidamente as hematias nos individuos de raça branca, entretanto nos individuos de raça negra, para chegar-se ao mesmo resultado, é preciso empregar a solução na proporção de 4 para 50, nos de raça mongolica deve ser de 1 para 50. A proporção variavel dos globulos brancos em cada raça é mais um facto, que nos indica modificações da crase sanguinea. Se não existissem essas differenças, como seria possivel explicar a morbidade e lethalidade da raça branca nos climas torridos, onde a raça negra floresce e prospera a despeito dos mais rudes trabalhos?

A forte pigmentação da pelle, o desenvolvimento extraordinario do systema sudoriparo, o estado rudimentar do systema pilo-sebaceo, são circumstancias graças ás quaes póde o negro resistir á intensidade do calor, ás causas inopinadas de molestia e ás perturbações economicas emfim. Esta faculdade das raças reagirem de modo differente ás diversas molestias, não se póde explicar por uma simples acclimação, porque se assim fôsse, os individuos filhos de logares insalubres, afinal de contas dever-se-hiam habituar com esse meio e tornarem-se refractarios ás molestias endemicas; mas quem dirá, por exemplo, que os Pantanos Pontinos poupão aquelles que vivem em sua vizinhança, e que pela maior parte prejudicam a saude se acaso persistem em habitar esse meio? Quando é até certo, no emtanto, que a influencia do paludismo se perpetúa physica e moralmente de pais a filhos.

As differenças pathologicas, segundo as raças, têm servido aos anthropologistas a discriminações destas, assim na demonstração de que a raça malaia é uma fusão das tres primitivas, vamos apreciar as razões disso. Entre as provas anatomicas—a côr amarella, a ausencia de barba e a brachycephalia, são peculiares á raça amarella, o platyrrhinismo e

o prognatismo são da raça negra, os cabellos longos são da raça branca; entre as provas pathologicas—as ophthalmias e a escrophulose são proprias da raça amarella, o tetano e a immunidade aos accessos intermittentes são apanagios do negro, o rheumatismo articular é frequente na raça branca. Ora, se essas modificações se apresentão na raça malaia, e demonstrão de modo sensivel que ella é a fusão das raças branca, negra e amarella, o estudo da pathologia em cada uma destas é interessante e de grande importancia, pois que a variação é mui notavel.

Na segunda parte do nosso trabalho procurámos accentuar na raça negra as distincções quanto ao seu desenvolvimento intellectual e moral.

O modo pelo qual o cerebro recebe as impressões exteriores e como reage, são circumstancias que influem na apparição e evolução das molestias. A medulla, centro secundario reagindo diversamente conforme as raças, ás impressões exteriores, faz variar a morphologia morbida no branco e no negro.

Não ha pathologista que desconheça a influencia ethnologica nas manifestações de muitas molestias. Quem desconhece a predisposição da raça negra á invasão do tetano? A diarrhéa, a dysenteria e o cholera-morbus são mais frequentes, ao que se diz, na raça negra.

Ao lado dessas molestias, que acommettem mais frequentemente a raça negra, que por uma disposição intima sua particular, resiste menos á sua invasão, outras ha que acommettem-a com menos frequencia ou gravidade, ao passo que a respeito de algumas o negro goza de immunidade.

Em toda parte observa-se que os negros entregão-se a trabalhos penosos, muitas vezes ácima de suas forças, sob um sol abrazador, expostos á infecção malariana, e no emtanto são menos atacados do que os brancos. O exagero com que

as glandulas sudoriparas trabalhão, constituirá uma fonte de eliminação para o principio morbigeno que por acaso tenha sido absorvido?

Corre propõe a seguinte interpretação das immunidades pathologicas da raça negra:

« 1.º O acclimatamento deve ser tomado em sérias considerações. O europeu em luta ao mesmo tempo com as influencias meteorologicas e telluricas, partilhando com ellas a somma de resistencia de que é susceptivel, deve ceder mais depressa á invasão do miasma.

« O negro habituado desde sua infancia ás influencias meteorologicas, pertencendo ao typo anthropologico creado para os climas mais quentes, concentra toda sua resistencia contra o elemento palustre e reage melhor contra a sua acção. Quantas vezes os negros se expoem ao sol, a fadigas, que aos europeus provocam as primeiras manifestações da toxemia, e que nelles ficam sem effeito. Uma faisca em um caso põe bruscamente o fogo á polvora, no outro é insufficiente para produzir a explosão. »

« 2.º Certamente a pelle do europeu nas regiões tropicaes, offerece condições especiaes de delgadez e de dilatabilidade que lhe permittem talvez a absorpção de melcculas solidas, infinitamente pequenas, porém não acreditamos que represente algum papel na absorpção do miasma pelo organismo. Mas em falta dessa via, os pulmões se penetrão de esporulos que se encontram em grande quantidade nos catarrhos de febricitantes; se nada se oppõe á sua absorpção, a intoxicação se produz, se ao contrario uma tendencia catarrhal, uma hypersecreção de mucos bronchicos habitual, protege a trama dos vasos, o elemento toxico englobado nos liquidos viscosos da expectoração é regeitado por ella, para fóra. E' o que deve succeder no negro, tão notavelmente predisposto ás affecções

catarrhaes, e particularmente ás molestias dos orgãos respiratorios. »

« 3.° Se a absorpção se effectua, ha uma causa derivativa que se oppõe á accumulação do principio infectuoso na torrente circulatoria, e é eliminado á medida que se mistura ao sangue. Bajon explica a immunidade ao paludismo do modo seguinte:

« E' facto, mas nem todos sabem que certas pessoas parecem gosar a melhor saúde, e que no emtanto occultão sob as suas vestes incommodos que produzindo corrimento, dão sahida a uma parte do humor febril, que não se accumulando não toma assás força para determinar as febres violentas. Esses incommodos são de muitas especies, porém, aquelles que concorrem mais e são mais frequentes entre os habitantes dessas colonias, são os dartros. A natureza sabia e prudente conhece as necessidades da machina humana, e produz muitas vezes evacuações em differentes partes do corpo, sem que nenhuma causa pareça concorrer para esse resultado ».

Finalmente diz ainda Corre: « Essas considerações de um pratico habil e consciencioso, nos parecem merecer o mais alto interesse; as erupções, as ulceras, os corrimentos, são poderosos derivativos, que eliminão o miasma absorvido e explicam os casos de immunidade individual nas differentes raças, particularmente na negra. Quem não conhece a frequencia das molestias da pelle no negro, sua predisposição á diarrhéa e á dysenteria? »

Se passarmos ao estudo de outra molestia infectuosa—a febre amarella, veremos que a immunidade é ainda mais notavel. Podiamos ainda enumerar muitas molestias com predilecções por certas raças, e nem é só sob esse ponto de vista que se nota essa reacção variavel, vamos tambem encontral-a no emprego de agentes therapeuticos; o negro tolera dóses

elevadas de tartaro e o uso mais prolongado do mercurio do que os brancos.

Antes de entrar no estudo do estado puerperal, não podemos deixar de mencionar, o modo pelo qual a raça negra reage aos traumatismos cirurgicos.

O Dr. Thaly, tendo occasião de operar muitos individuos da raça negra, notou que a febre traumatica era nulla, ou então se manifestava por uma reacção insignificante e que os successos cirurgicos em geral erão esplendidos.

Notou ainda que a tendencia a suppuração é frequente na raça negra, e facto curioso, muitas vezes o estado geral é bom, a temperatura normal e no emtanto a ferida apresenta um caracter purulento.

Muitas vezes, diz elle, o cirurgião vê-se embaraçado no diagnostico dos fócos purulentos, em falta do rubôr da pelle, que não se aprecia na raça negra, em falta da fluctuação que pela espessura da pelle é obscura, sendo impossivel guiar-se o pratico pelo estado geral, que quasi nunca está em proporção com as desordens locaes.

O Dr. Robert Harris, de Philadelphia, cita uma estatistica de cem casos de hysterotomia, praticada em mulheres da raça branca e negra, na qual se aprecia um resultado favoravel á esta ultima.

De 52 brancas, curarão-se 18 e morrêrão 34. De 48 pretas, curarão-se 26 e morrêrão 22.

O Dr. Harris, notando esse resultado altamente favoravel á raça negra, e não ligando importancia á influencia ethnologica attribue o facto antes á pericia e precaução dos medicos que tratavão as mulheres negras. E então accrescenta seis observações de mulheres negras das quaes cinco morrerão.

Achamos, porém, que esses seis casos isolados não vêm destruir o valor dos outros cem casos observados, e que acima mencionamos.

Infelizmente o auctor não nos dá uma descripção minuciosa das condições em que fôrão operadas as seis ultimas negras.

A maior parte dos auctores que descrevem os costumes e molestias dos povos da Africa, estudarão a menstruação, a marcha da prenhez, o parto natural, a intervenção em caso de dystocia, o delivramento, o puerperio e pouco dizem ácerca da febre puerperal; é exacto que narrão minuciosamente os cuidados de que se cercão as puerperas, para evitar a má qualidade do corrimento lochial mas não dão noticia dos accidentes produzidos por esta alteração.

Esta omissão nos leva a crêr, em vista da minuciosidade com que os demais phenomenos são estudados, que os accidentes puerperaes são tão pouco frequentes que não prendêrão a attenção dos observadores.

Chassagniol, estudando as molestias que acommettem as negras do Senegal, affirma ser a febre puerperal menos frequente do que nas brancas porém, como nestas, a molestia assume a mesma gravidade.

Nos Estados-Unidos, em Philadelphia, John Parry, refere que de Janeiro de 1870, a Junho de 1871, reinou a febre puerperal entre as mulheres brancas alojadas no 3° andar do mesmo hospital, onde existia um serviço para as mulheres negras no primeiro pavimento, sendo de notar que estas enfermarias se communicavão unicamente pelo pessoal do serviço medico, e nestas condições observou-se que nenhuma negra foi atacada de febre puerperal, nem quando se transportou algumas mulheres brancas para o 1° andar.

O professor Erico Coelho, refere que a sua longa experiencia concorda com esses factos, e sustenta que a raça negra goza de certa immunidade quanto a infecção puerperal, immunidade que se revela não só pelo pequeno numero de

mulheres infeccionadas, mas tambem pela pouca gravidade com que na maioria dos casos reagem á sua acção.

Cosultando o registro geral da Clinica Obstetrica verificámos que de 1884 a 1887 (Maio) houve 103 partos em mulheres da raça negra e 74 partos em mestiças.

A estatistica que organisámos é a seguinte:

Negra	primipara, puerperio	normal.......	18
»	multipara, puerp:	normal.......	62
»	primip:	infecção......	7
»	multip:	infecção.......	16
			103

Em 103 partos houve 23 casos de infecção e destes 3 casos fôrão fataes.

Mestiças	primip:	puerp:	normal.......	24
»	multip:	puerp:	normal.......	39
»	primip:		infecção......	5
»	multip:		infecção......	6
				74

Em 74 partos houve 11 casos de infecção e 2 casos de morte.

Total 2,82 % de casos fataes. 19,2 % de casos de infecção. Passamos á descripção dos 5 casos fataes:

OBSERVAÇÃO N. 9

Olympia, negra, com 23 annos de idade, multipara, entrou para a enfermaria de Clinica de Partos, no dia 23 de Setembro de 1884. Altura 1,^{m}43.

Apresenta desde criança, em consequencia de uma quéda, a seguinte deformação da columna vertebral, scoliose dorsal

direita, com ligeira scoliose compensadora esquerda da região lombar e na altura da 4ª vertebra dorsal, a columna fórma um angulo de vertice dirigido para traz.

No dia 3 de Outubro, a pejada foi acommettida de um calafrio duradoiro, cephalalgia e dôr por todo o corpo. Queixava-se de dôr intensa que da região sternal se diffundia pela metade direita do thorax, accentuando-se mais sob a espadua correspondente. A doente estava dyspneica e pela auscultação achou-se estertores crepitantes finos superficiaes e disseminados em toda metade direita do thorax. Temp. 39° e pulso 128.

Diagnosticou-se pleuro-pneumonia generalisada por todo pulmão direito.

Declarou-se o trabalho de parto, nascendo um féto do sexo masculino em estado de morte real, com hydrocephalia, spina-bifida e pied-bot. Delivramento natural teve logar 10 minutos depois da expulsão do féto.

Em seguida ao parto a dyspnéa augmentou e a temperatura manteve-se em 39°.

No dia seguinte.— Extensão da inflammação á pleura diaphragmatica, orthopnéa e resfriamento das extremidades, pneumatose gastro-intestinal, pulso miseravel e temperatura 38°. O utero estava retrahido. O collapso progredindo deu-se a morte a uma hora da tarde desse dia.

OBSERVAÇÃO — N. 10

Crescencia Maria de Jesus, negra, com 23 annos de idade, constituição regular, conformação bôa, primipara, entrou para a enfermaria de Clinica de Partos, no dia 3 de Dezembro de 1884.

Parto.— Trabalho demorado (40 horas), apresentação de craneo em O.I.D.P, terminado a forceps.

Puerperio. Dous dias depois do parto falleceu em consequencia de uma infecção rapida siderante.

OBSERVAÇÃO — N. 11

Maria Luiza da Conceição, mestiça com 30 annos de idade, constituição fraça, conformação bôa, entrou para o serviço de Clinica de Partos no dia 25 de Janeiro de 1887.

Estava febril e tinha vomitos biliosos.

No dia 27 de Janeiro pela manhã, declarou-se franco trabalho de parto.

Diagnosticou-se uma apresentação de espadua esquerda, em cephalo-iliaca esquerda.

As contracções uterinas erão energicas. Sob o emprego do chloroformio praticou-se a versão.

A placenta inseria-se no segmento inferior do utero, e o delivramento foi seguido de ligeira hemorrhagia.

Puerperio

No dia 28, pela manhã temperatura 38,2, pulso 86. À tarde temperatura 38,4, pulso 128. Vomitos biliosos, e a lingua coberta de espessa camada de saburra amarellada. Figado e baço augmentados de volume e dolorosos á pressão.

Estado geral abatido.— Lochios ligeiramente fetidos.

Prescreveu-se um purgativo salino, e depois do effeito purgativo, o bi-sulfato de quinina ; ventosas escharificadas á região hepatica e injecções vaginaes anti-septicas.

No dia 29.— Pela manhã, temperatura 38, 6, pulso 128. A' tarde, temperatura 38,8, pulso 130.

Insiste-se na mesma medicação, menos as ventosas escharificadas.

No dia 30.— Pela manhã temperatura 38,6, pulso 130. A' tarde, temperatura 38,6, pulso 130.

O estado geral inspira cuidado, e a doente continúa a vomitar.

Prescreve-se o bi-sulfato de quinina tambem em injecções hypodermicas, e o uso de agua de Seltz e gelo.

No dia 31.—Pela manhã temperatura 39,8, pulso 130. A' tarde temperatura 39,6, pulso 130. Augmenta-se a dóse dos saes de quinina e prescreve-se o uso de injecções intra-uterinas de sublimado corrosivo a 1:2000.

No dia 1.— Pela manhã, temperatura 39,6, pulso 126. A' tarde, temperatura 39,4, pulso 126. Continuão os vomitos, insomnia, e alteração consideravel dos lochios.

Insiste-se na mesma medicação e prescreve-se o sulfato de morphina em injecção hypodermica.

No dia 2.— Pela manhã, temperatura 40,4, pulso 132.

Resfriamento das extremidades, collapso e morte ás 2 horas da tarde.

Autopsia feita pelo Dr. Marcondes de Rezende, preparador da cadeira de anatomia pathologica

Exame da cavidade thoraxica: o pulmão esquerdo apresentava adherencia com a pleura visceral e parietal no terço inferior da parte externa e congestão pouco intensa, o pulmão direito apresentava adherencia no apice e congestão mais intensa. Coração—myocardio e orificios erão normaes, grande coalho cruorico na cavidade do ventriculo direito.

Exame da cavidade obdominal.— O figado volumoso, na borda anterior apresentava falsas membranas purulentas e adherencias com o colon transverso. A substancia hepatica é molle e diffluente. A vesicula biliar distendida por gazes e sem

biles. O baço apresentava-se mui diffluente e com o volume normal.

Rins.—Ambos augmentados de volume e com degeneração gordurosa da camada cortical. Intestinos.—Todas as azas estão forradas por falsas membranas purulentas, entre as quaes encontrou-se cerca de 500 grs. de pús. Peritoneo.—A porção que forra a parede anterior do abdomen estava hyperhemiada e forrada no lado direito por falsas membranas. Ligamentos largos.—Infiltrados de pús e com adherencias ás azas intestinaes vizinhas. Utero.—Tecido pallido, continha em sua cavidade cerca de 200 grs. de pús, superficie interna suppurada.

———

Os outros dous casos de morte estão referidos no segundo capitulo—Observação VII e VIII.

Estas cinco observações nos mostrão que duas mulheres achavão-se doentes antes do parto, duas outras tinhão a bacia viciada consideravelmente, de sorte que soffrêrão um grande traumatismo, durante o trabalho; sómente uma mulher de conformação bôa e sem estado morbido anterior, foi acommettida de infecção grave.

Como se vê em nossa estatistica, houve um numero grande de mulheres acommettidas de infecção, cuja terminação foi pela cura, e de accordo com a opinião do professor Erico Coelho, notámos que as fôrmas attenuadas, em que a molestia é local, sem graves symptomas geraes, é a que existe frequentemente na enfermaria da Clinica de Partos.

Em seguida descrevemos um caso mui importante porque apresenta uma fórma de infecção, a qual se observa frequentemente nas mulheres da raça negra:

OBSERVAÇÃO N. 12

Brigida, negra, com 30 annos de idade, constituição forte, conformação bôa, entrou para a enfermaria de Clinica de Partos, no dia 15 de Junho de 1886.

Apresentação de craneo em O.I.E.A. O parto foi demorado e terminado pelo forceps.

PUERPERIO. — Dous dias depois do parto (no dia 4 de Julho) a doente foi acommettida de um forte calafrio e de elevação de temperatura a 40°,6 pulso 136.

Ligeiro embaraço gastrico e os lochios estavão alterados.

Pelo tocar vaginal reconheceu se uma tumefacção do lado direito do collo, invadindo o fundo de sacco posterior e desviando o collo para a esquerda.

Esta intumescencia manifestava fluctuação. A temperatura elevava-se sempre á tarde, mantendo-se entre 38,°6 e 39,°8.

Estabeleceu-se a medicacão tonica, irrigações vaginaes quentes anti-septicas, e sanguesugas na região crural correspondente.

A doente movia perfeitamente a perna.

Com esse tratamento a doente melhorou bastante, porém, quando o tumor achava-se quasi reduzido, reappareceu nova infecção, acompanhada de calafrio, febre e pelo tocar reconheceu-se que a tumefacção se localisava do lado opposto (direito) e mais posteriormente, acompanhada de grande engorgitamento ganglionar da virilha correspondente. Estabeleceu-se a mesma medicação e no dia 28 de Setembro de 1886, teve alta.

Não pretendemos comparar o resultado de nossa estatistica com o resultado das antigas Maternidades, onde a mortalidade era tão consideravel que a denominação de ante-camaras da morte lhes foi applicada. Estudaremos sómente o

resultado obtido na Maternidade de Paris, desde a época em que a sala das parturientes já era separada da sala da enfermaria, até o momento em que Tarnier fez observar rigorosamente os preceitos hygienicos e anti-septicos, e para isso nos serviremos dos dados fornecidos por Druon, em sua these sustentada em Paris. De 1858 a 1864 a mortalidade era no minimo de 3,38 por cento e no maximo de 20,26!

Em vista desse resultado tão desastroso para as mulheres, que por falta de recursos erão obrigadas a procurar a maternidade, a administração prohibio que o pessoal das salas de enfermaria penetrasse nas de parto.

Os preceitos de Tarnier não fôrão totalmente observados, pelo que elle denominou essa providencia de *meia medida*, comtudo essa reforma produzio verdadeiros beneficios, a mortalidade regulou do anno de 1865 a 1869— 4,93 por 100, no minimo e 7,91 no maximo.

Em 1870, Tarnier conseguio introduzir as suas reformas, a sala de partos ficou inteiramente independente da enfermaria, e o resultado não se fez esperar, pois de 1870 a 1881, a mortalidade em 100 casos era de 1,37 no minimo e 3,90 no maximo.

Não satisfeito com essas reformas, cujas vantagens evidentes deixamos de encarecer, e com o fim de eliminar das Maternidades o terrivel flagello, realisou a excellente idéa de fazer uma maternidade onde de conformidade com a hygiene e anti-sepsia rigorosa, as parturientes se achavão em condições identicas ás da assistencia em domicilio. Eis a descripção do pavilhão Tarnier:

« O isolamento das mulheres é completo: cada uma dellas possue um quarto particular, cujas portas e janellas abrem-se directamente para um vasto jardim.

« O pessoal é independente do pessoal da grande maternidade. As doentes são tratadas por um medico estranho e possuem enfermeiras especiaes.

« Cada quarto é mobiliado de modo que não ha a minima promiscuidade nos objectos de toilette, etc., etc.

« O asseio é meticuloso, a ventilação continua, os preceitos antisepticos são rigorosos. »

A doutrina de Tarnier não podia ter melhor confirmação nos factos, demonstrando que a hygiene hospitalar só por si basta para impedir ou minorar os accidentes puerperaes.

A Maternidade da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, está bem longe de merecer no rigor scientifico essa denominação. A sala em que permanecem as mulheres contém 15 leitos destinados promiscuamente a mulheres antes do parto, no estado puerperal, a infeccionadas e aos casos de gynecologia. Além disso, ainda devemos accrescentar a existencia de seis leitos destinados ás crianças.

Esta sala tem $14^m,88$ cent. de comprimento, $8^m,28$ cent. de largura, $3^m,80$ de altura e a sua capacidade é de 408^m cubicos.

Logo que se declara o parto, a parturiente é conduzida para uma saleta contigua, a qual, além de ser a sala destinada aos partos, é passagem para a sala grande que acima descrevemos, é o logar em que as consultantes, qualquer que seja a molestia, são examinadas, é a sala de curativos e de operações.

Basta mencionar que o pessoal encarregado deste serviço é o mesmo que cuida das pejadas, das puerperas sãs e das infeccionadas e ainda dos doentes em geral, para dar uma má idéa desta enfermaria. Em seguida ao parto a paciente é transportada para a sala geral, onde vai occupar um leito, ás vezes, na vizinhança de um caso de infecção puerperal, de uma cancerosa, etc.

A situação da Maternidade junto a um morro, recebendo a ventilação por uma só face, é a peor possivel.

Proximo á sala geral existe um pequeno compartimento

que, além de ser a sala de banhos, o deposito de roupa suja, contém a latrina, que satisfaz mal aos preceitos hygienicos.

Durante as noites as janellas se conservão fechadas, de sorte que nem só o arejamento é insufficiente, mas tambem a atmosphera torna-se nociva pela decomposição dos productos lochiaes e de excreção dos infantes. Os colchões e os cobertores vivem impregnados de lochios e rarissimas vezes são substituidos, apezar das reclamações do pessoal docente.

Essa descripção põe bem patente que ahi existem todas as circumstancias proprias para originar a infecção e entretel-a por muito tempo.

O germen infectuoso ahi vive e se não faz maiores estragos é devido a circumstancias particulares ; o professor Erico Coelho, que não cessa de protestar contra as condições da enfermaria da Clinica Obstetrica e Gynecologica, que são equiparaveis ao serviço de partos que existia no Hotel-Dieu de Paris, no fim do seculo passado, o qual foi condemnado por um acto da convenção franceza, attribue a lethalidade que relativamente é pequena, a um privilegio da raça negra.

As puerperas em consequencia da hydremia, da baixa tensão vascular, da quéda da energia nervosa produzida pelo esgotamento do trabalho de parto, em consequencia ainda dos traumatismos, estão mui predispostas á infecção, especialmente no meio que já conhecemos, e no entanto os casos de infecção são comparativamente em pequeno numero.

Barnes diz que no estado puerperal, quando a producção dos residuos de nutrição está em relação com a excrecão o estado é physiologico, se porém esse equilibrio é destruido, os residuos se accumulão no sangue, e então ha toxemia,ha febre. A regularidade da funcção da pelle assim como da fluxão mammaria, são condições do equilibrio economico no estado puerperal constituindo derivações salutares para o organismo.

Ora sabendo que nos negros a pelle é abundantemente

dotada de glandulas sudoriparas, que trabalhão com actividade não é admiravel, pois, que com esta poderosa fonte de eliminação, o organismo do negro lucte com vantagem contra a infeccão puerperal. Além disso ha a considerar a natureza dos humores que variando talvez da raça branca á negra, póde constituir para a puerpera negra immunidade contra o desenvolvimento da infecção.

Tivemos occasião de observar que o puerperismo na mulher negra, na maioria limita-se a phenomenos locaes, a marcha da septicemia se frusta, confinando-se aos lymphaticos e tecido cellular pelviano. Consultando-se o registro geral, das observações colhidas na Clinina Obstetrica e Gynecologica verifica-se que a pathogenia do puerperio consiste na maioria dos casos em cellulites e lymphatites peri-cervicaes, sendo a invasão do peritoneo muito excepcional.

Durante o periodo em que organisámos a estatistica da raça negra, houve na Maternidade 26 partos em mulheres da raça branca, as quaes á excepção de um caso de bacia viciada, possuião uma bôa conformacão.

Seguindo o methodo que empregámos na confecção daquella estatistica, verificámos que a mortalidade na raça branca era de 3,84 por cento, o que nos dá uma proporção mais consideravel do que na raça negra em que achamos 2,82 por cento , e isso se torna mais saliente se deixarmos de parte os dous casos das observações IX e XI, aos quaes nos referimos em logar competente.